



DIANA LUCIA RUANO MENESES

Nit: 1087406654

Dirección: ClL 19 n 4a-10 / Edificio santander

Cel: 315 743 6128

Email: druanomeneses@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.035

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
23 DÍA	05 MES	2024 AÑO	IPIALES (NARIÑO, COLOMBIA)		
Ciudad			EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS		
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
PARTICULARES CONTADO			PARTICULARES		
Nombre de la empresa			Empresa en misión		
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)					
GUERRERO REINA JAIRO ENRIQUE			Genero	Edad	Documento de Identificación
Apellidos y Nombres			MASCULINO	55 AÑOS 11 MESES 25 DÍAS	CC 13016727
Cargo				Tipo	Número
MANTENIMIENTO					
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL					
SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO ACTUAL - RECOMENDACIONES					
Observaciones: USO DE MONOGAFAS					
APTO		PARA TRABAJAR EN ALTURAS			
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES		NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:					
EVALUACIÓN OCUPACIONAL CON TSA					
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
USAR MEDIAS ANTIVÁRICES : MEDIANA COMPRESION - ELEVACION DE MIEMBROS INFERIORES		USO DE EPP			
		SVE VISUAL			
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mi en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.					
Médico		Aspirante o Trabajador			
Firma:		Firma:			
Nombre: RUANO MENESES DIANA LUCIA		Nombre: GUERRERO REINA JAIRO ENRIQUE			
R. M.: 520805		L.S.O.: 2375		Código de Seguridad	
				CC: 13016727	
				F1207L1R7035	