evaluando

CRC EVALUANDO
Calle 15 N° 18 - 42 Local 2
Tel. 6333873 - Cel. 3144132940
Yopal - Casanare



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 3.024

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
05 DÍA	01 MES	2024 AÑO	YOPAL (CASANARE, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA

EMPRESA DE ACUEDUCTO ALCANTARILLADO Y ASEO DE YOPAL	EMPRESA DE ACUEDUCTO ALCANTARILLADO Y ASEO DE YOPAL
Convenio y/o Acuedo Comercial	Empresa

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

PEREZ GONZALEZ GEISON FERNANDO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	36 AÑOS 6 MESES 24 DÍAS	CC	1057575515
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
LIDER 1 JURIDICO TALENTO HUMANO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

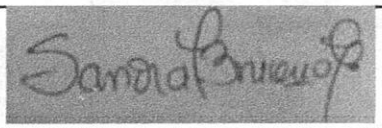
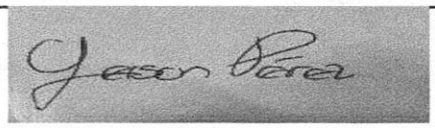
OPTOMETRÍA	✓	TRANSAMINASA TGO	✓
CUADRO HEMÁTICO	✓	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL	✓
GLICEMIA BASAL	✓	AUDIOMETRIA	✓
PERFIL LIPÍDICO	✓	PRUEBA RIESGO PSICOSOCIAL WARTEGG	✓
PARCIAL DE ORINA	✓	TGP-ALTA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTE	USO DE EPP : SEGUN RIESGO LABORAL	HABITOS SALUDABLES
	SVE VISUAL	CONTROL DE PESO
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

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 mí 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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico **Aspirante o Trabajador**

Firma:		**Firma:**	
Nombre:	BRICEÑO CUSPOCA SANDRA YANNETHE	**Nombre:**	PEREZ GONZALEZ GEISON FERNANDO
R. M.:	85268 **L.S.O.:** 01304/2018	**CC:**	1057575515