

SA DE SERVICIOS PUBLICOS	
NIT: 900387393-5	

FISIO HEALTH S.A.S
:900.790.887-9

por concepto de atencion a los trabajadores enviados por ustedes durante el mes -DICIEMBRE 2024

Nº	NOMBRE	IDENTIFICACION	EXAMENES REALIZADOS	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1	ALBERTO BETANCUR MARIN	8120301	EGRESO OSTEOMUSCULAR	\$ 54.000	\$ 54.000
2	LBERTO BETANCUR MARIN	14271859	EGRESO OSTEOMUSCULAR	\$ 54.000	\$ 54.000
3	TRINO LOZANO RENDON	14271859	EGRESO OSTEOMUSCULAR	\$ 54.000	\$ 54.000
4	LUIS GERARDO BERMUDEZ URIBE	1417219	EGRESO OSTEOMUSCULAR	\$ 54.000	\$ 54.000
5	JAIRO BOTERO	10177207	EGRESO OSTEOMUSCULAR	\$ 54.000	\$ 54.000
6	UBAQUE BARRERA AQUILINO	15945171	EGRESO OSTEOMUSCULAR	\$ 54.000	\$ 54.000
7	CARLOS ALBERTO CARDOZO LONDOÑO	10186400	EGRESO OSTEOMUSCULAR	\$ 54.000	\$ 54.000
8	JOSE ALEJANDRO RESTREPO	1007140686	EGRESO OSTEOMUSCULAR	\$ 54.000	\$ 54.000
9	SEBASTIÁN HERNANDEZ PARADA	1073327124	EGRESO OSTEOMUSCULAR	\$ 54.000	\$ 54.000
10	JHON FREDY GARZON SANCHEZ	1054551746	EGRESO OSTEOMUSCULAR	\$ 54.000	\$ 54.000
11	ANA MARIA SOTO TORRES	1054568965	EGRESO OSTEOMUSCULAR	\$ 54.000	\$ 54.000
12	VANESA MONTERO TOVAR	1054562121	EGRESO OSTEOMUSCULAR	\$ 54.000	\$ 54.000
13	LUIS LIBARDO RUBIO LUNA	10173535	EGRESO OSTEOMUSCULAR	\$ 54.000	\$ 54.000
14	MARIO FERNANDO ACUÑA MORALES	10179438	EGRESO OSTEOMUSCULAR	\$ 54.000	\$ 54.000

SALDO TOTAL	\$ 756.000	\$ 756.000
-------------	------------	------------



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 15.836

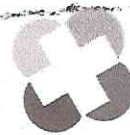
FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
18 DÍA	12 MES	2024 AÑO	LA DORADA (CALDAS, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL EGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE LA DORADA E.S.P.				EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE LA DORADA E.S.P.			
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)							
GUZMAN MONTERO JOSE ARMANDO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				MASCULINO	42 AÑOS 11 MESES 22 DÍAS	CC	1298422
						Tipo	Número
Cargo SUPERVISOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SATISFACTORIO							
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:							
VALORACION MÉDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR RETIRO				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
					HABITOS SALUDABLES		
					CONTROL DE PESO		
					ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA		
					DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
<p>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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.</p>							
Médico				Aspirante o Trabajador			
 Firma: _____ Nombre: JURADO SAAVEDRA WILLINTON R. M.: 10188389 L.S.O.: 11909				 Firma: Nombre: GUZMAN MONTERO JOSE ARMANDO CC: 1298422			
R. M.: 10188389 L.S.O.: 11909				Código de Seguridad CC: 1298422			
E1124K1Q15836							



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 15.840

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
18 DÍA	12 MES	2024 AÑO	LA DORADA (CALDAS, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL EGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE LA DORADA E.S.P.				EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE LA DORADA E.S.P.			
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)							
RUBIO LUNA LUIS LIBARDO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				MASCULINO	57 AÑOS 10 MESES 25 DÍAS	CC	10173535
						Tipo	Número
Cargo GUADANAÑORES Y MOTOSIERRISTAS							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SATISFACTORIO							
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:							
VALORACION MÉDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR RETIRO				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
<p>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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.</p>							
Médico				Aspirante o Trabajador			
 Firma: _____ Nombre: JURADO SAAVEDRA WILLINTON R. M.: 10188389 L.S.O.: 11909				 Firma: Nombre: RUBIO LUNA LUIS LIBARDO CC: 10173535			
Código de Seguridad X1124D1J15840							



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 15.833

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
18 DÍA	12 MES	2024 AÑO	LA DORADA (CALDAS, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL EGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE LA DORADA E.S.P.				EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE LA DORADA E.S.P.			
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)							
MONTERO TOVAR VANESSA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	30 AÑOS 0 MESES 20 DÍAS	CC	1054562121
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo AUXILIAR DE ARCHIVO							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SATISFACTORIO							
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:							
VALORACION MÉDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR RETIRO				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
<p>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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.</p>							
Médico				Aspirante o Trabajador			
 Firma: _____ Nombre: JURADO SAAVEDRA WILLINTON R. M.: 10188389 L.S.O.: 11909				 Firma: <i>Vanessa MT.</i> Nombre: MONTERO TOVAR VANESSA CC: 1054562121			
Código de Seguridad J1124P1V15833							



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 15.859

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
19 DÍA	12 MES	2024 AÑO	LA DORADA (CALDAS, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL EGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE LA DORADA E.S.P.				EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE LA DORADA E.S.P.			
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)							
BERMUDEZ URIBE LUIS GERARDO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	61 AÑOS 11 MESES 23 DÍAS	CC	1417219
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo FONTANERO							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SATISFACTORIO							
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:							
VALORACION MÉDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR RETIRO ☒							
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
<p>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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.</p>							
Médico Firma: _____ Nombre: JURADO SAAVEDRA WILLINTON R. M.: 10188389 L.S.O.: 11909				Aspirante o Trabajador Firma: _____ Nombre: BERMUDEZ URIBE LUIS GERARDO CC: 1417219			
Código de Seguridad T1124Z1F15859							



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 15.858

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
19	12	2024	LA DORADA (CALDAS, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL EGRESO			
DÍA	MES	AÑO	Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE LA DORADA E.S.P.				EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE LA DORADA E.S.P.			
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)							
CARDOZO LONDOÑO CARLOS ALBERTO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				MASCULINO	45 AÑOS 9 MESES 26 DÍAS	CC	10186400
						Tipo	Número
Cargo FONTANERO							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SATISFACTORIO							
Observaciones: NO APLICA							
N/A NO SE EVALUARÁN 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:							
VALORACION MÉDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR RETIRO ☒							
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
						HABITOS SALUDABLES	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
<p>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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.</p>							
Médico Firma: _____ Nombre: JURADO SAAVEDRA WILLINTON R. M.: 10188389 L.S.O.: 11909				Aspirante o Trabajador Firma: _____ Nombre: CARDOZO LONDOÑO CARLOS ALBERTO CC: 10186400			
Código de Seguridad V1124B1H15858							



Nº 15,846

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
19 DÍA	12 MES	2024 AÑO	LA DORADA (CALDAS, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL EGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE LA DORADA E.S.P.				EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE LA DORADA E.S.P.			
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)							
ACUÑA MORALES MARIO FERNANDO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	54 AÑOS 1 MESES 20 DÍAS	CC	10179438
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo OPERARIO DE GUADAÑA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SATISFACTORIO							
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:							
VALORACION MÉDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR RETIRO ☒							
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
VALORACIÓN POR EPS : HALLAZGO EN PARED ABDOMINAL					HABITOS SALUDABLES		
					ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA		
					DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
<p>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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.</p>							
Médico Firma: _____ Nombre: JURADO SAAVEDRA WILLINTON R. M.: 10188389 L.S.O.: 11909				Aspirante o Trabajador Firma: _____ Nombre: ACUÑA MORALES MARIO FERNANDO CC: 10179438			
 Código de Seguridad U1124A1G15846							



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 15.850

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
19 DÍA	12 MES	2024 AÑO	LA DORADA (CALDAS, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL EGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE LA DORADA E.S.P.				EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE LA DORADA E.S.P.			
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)							
BOTERO JAIRO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	54 AÑOS 5 MESES 26 DÍAS	CC	10177207
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo FONTANERO							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SATISFACTORIO							
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:							
VALORACION MÉDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR RETIRO				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
VALORACIÓN POR EPS : HALLAZGO EN PARED ABDOMINAL							
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
<p>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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.</p>							
Médico Firma: _____ Nombre: JURADO SAAVEDRA WILLINTON R. M.: 10188389 L.S.O.: 11909				Aspirante o Trabajador Firma: Nombre: BOTERO JAIRO CC: 10177207			
Código de Seguridad D1124J1P15850							



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 15.852

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
19 DÍA	12 MES	2024 AÑO	LA DORADA (CALDAS, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL EGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE LA DORADA E.S.P.				EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE LA DORADA E.S.P.			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cédula de Ciudadanía, CE, Cédula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
GARZON SANCHEZ JHON FREDY				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				MASCULINO	34 AÑOS 7 MESES 21 DÍAS	CC	1054551746
						Tipo	Número
Cargo AYUDANTE OPERARIO							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SATISFACTORIO							
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:							
VALORACION MÉDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR RETIRO ☒							
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
<p>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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.</p>							
Médico				Aspirante o Trabajador			
 Firma: _____ Nombre: JURADO SAAVEDRA WILLINTON R. M.: 10188389 L.S.O.: 11909				 Firma: Nombre: GARZON SANCHEZ JHON FREDY CC: 1054551746			
Código de Seguridad M1124S1Y15852							



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 15.861

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
19 DÍA	12 MES	2024 AÑO	LA DORADA (CALDAS, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL EGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE LA DORADA E.S.P.				EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE LA DORADA E.S.P.			
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)							
HERNANDEZ PARADA SEBASTIAN				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	28 AÑOS 4 MESES 30 DÍAS	CC	1073327124
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo FONTANERO							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SATISFACTORIO							
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:							
VALORACION MÉDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR RETIRO ☒							
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
						HABITOS SALUDABLES	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
<p>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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.</p>							
<p>Médico</p> <p></p> <p>Firma: _____</p> <p>Nombre: JURADO SAAVEDRA WILLINTON</p> <p>R. M.: 10188389 L.S.O.: 11909</p>				<p>Aspirante o Trabajador</p> <p></p> <p>Firma: </p> <p>Nombre: HERNANDEZ PARADA SEBASTIAN</p> <p>CC: 1073327124</p>			
Código de Seguridad 112401U15861							



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 15.857

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
19 DÍA	12 MES	2024 AÑO	LA DORADA (CALDAS, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL EGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE LA DORADA E.S.P.				EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE LA DORADA E.S.P.			
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)							
UBAQUE BARRERA AQUILINO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	58 AÑOS 6 MESES 9 DÍAS	CC	15945171
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo FONTANERO							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL NO SATISFATORIO							
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:							
VALORACION MÉDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR RETIRO ☒							
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
SEGUIMIENTO CASO POR ARL : ALTERACION EN HOMBRO				SVE OSTEOMUSCULAR		HABITOS SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL						DIETA BALANCEADA	
VALORACIÓN POR EPS : HALLAZGO EN PARED ABDOMINAL							
ESPECIALISTA : ORTOPEDIA							
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
<p>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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.</p>							
Médico				Aspirante o Trabajador			
Firma:				Firma:			
Nombre: JURADO SAAVEDRA WILLINTON				Nombre: UBAQUE BARRERA AQUILINO			
R. M.: 10188389		L.S.O.: 11909		Código de Seguridad		CC: 15945171	
				N1124T1Z15857			



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 15.856

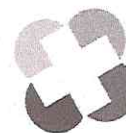
FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
19 DÍA	12 MES	2024 AÑO	LA DORADA (CALDAS, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL EGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE LA DORADA E.S.P.				EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE LA DORADA E.S.P.			
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)							
BETANCUR MARIN ALBERTO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				MASCULINO	69 AÑOS 11 MESES 14 DÍAS	CC	8120301
						Tipo	Número
Cargo FONTANERO AGUSTINA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL DEBE ACUDIR A SU EPS TRATANTE							
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:							
VALORACION MÉDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR RETIRO ☒							
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : LTERACION DEL A TENSION ARTERIAL , USAR CORRECCIÓN VISUAL						HABITOS SALUDABLES	
VALORACIÓN POR EPS : ALTERACION OSTEOMUSCULAR DE RODILLA , ALTERACION VASCULAR PERFIFERICA							
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
<p>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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.</p>							
Médico				Aspirante o Trabajador			
 Firma: _____ Nombre: JURADO SAAVEDRA WILLINTON R. M.: 10188389 L.S.O.: 11909				 Firma: <u>Alberto Betancur</u> Nombre: BETANCUR MARIN ALBERTO CC: 8120301			
Código de Seguridad				CC: 8120301			
Q1124W1C15856							



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 15.860

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
19 DÍA	12 MES	2024 AÑO	LA DORADA (CALDAS, COLOMBIA)	
			Ciudad	
EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL EGRESO				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE				
EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE LA DORADA E.S.P.			EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE LA DORADA E.S.P.	
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)				
LOZANO RONDON TRINO			Genero	Edad
Apellidos y Nombres			MASCULINO	59 AÑOS 4 MESES 27 DÍAS
			CC	14271859
			Tipo	Número
Cargo FONTANERO VEREDA EL JAPON				
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SATISFACTORIO				
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:				
VALORACION MÉDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR RETIRO ☒				
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : ALTERACION DEL METABOLISMO DE LOS CARBOHIDRATOS		SVE CARDIOVASCULAR		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES				
<p>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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.</p>				
Médico		Aspirante o Trabajador		
 Firma: _____ Nombre: JURADO SAAVEDRA WILLINTON R. M.: 10188389 L.S.O.: 11909		 Firma: Nombre: LOZANO RONDON TRINO CC: 14271859		
Código de Seguridad		X1124D1J15860		



N° 15.843

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
19	12	2024	LA DORADA (CALDAS, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL EGRESO			
DÍA	MES	AÑO	Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE LA DORADA E.S.P.				EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE LA DORADA E.S.P.			
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)							
RESTREPO LEOPARDO JOSE ALEJANDRO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				MASCULINO	24 AÑOS 0 MESES 20 DÍAS	CC	1007140686
						Tipo	Número
Cargo CONDUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
DEBE ACUDIR A SU EPS TRATANTE							
Observaciones: NO APLICA							
N/A		NO SE EVALUARÁN 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:							
VALORACION MÉDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR RETIRO ☒							
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
VALORACIÓN POR EPS : HALLAZGO EN PARED ABDOMINAL					HABITOS SALUDABLES		
					CONTROL DE PESO		
					ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA		
					DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
<p>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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.</p>							
Médico				Aspirante o Trabajador			
 Firma: _____ Nombre: JURADO SAAVEDRA WILLINTON R. M.: 10188389 L.S.O.: 11909				 Firma: Nombre: RESTREPO LEOPARDO JOSE ALEJANDRO CC: 1007140686			
Código de Seguridad R1124X1D15843							



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 15.834

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
18 DÍA	12 MES	2024 AÑO	LA DORADA (CALDAS, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL EGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE LA DORADA E.S.P.				EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE LA DORADA E.S.P.			
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)							
SOTO TORRES ANA MARIA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	26 AÑOS 8 MESES 27 DÍAS	CC	1054568965
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo OPERARIA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SATISFACTORIO							
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:							
VALORACION MÉDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR RETIRO ☒							
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
<p>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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.</p>							
Médico				Aspirante o Trabajador			
 Firma: _____ Nombre: JURADO SAAVEDRA WILLINTON R. M.: 10188389 L.S.O.: 11909				 Firma: Ana Soto Nombre: SOTO TORRES ANA MARIA CC: 1054568965			
Código de Seguridad X1124D1J15834							