JOSE GALO DIAZ GRANADOS
SALUD OCUPACIONAL-UNIVERSIDAD DEL NORTE
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL RM 8448 M.P.S. RES 1127 DE 18/09/2020 SSD
CARRERA 21 No. 17-48 Barrio El Jardín
Teléfono: 4313131 -4363645- 3183706300



No.199801

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
04	12	2023	Santa Marta (Magdalena)	EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO
			Ciudad	

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Empresa	INDEPENDIENTE

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

	Genero	Edad	Documento de identificación	
RANDY FERNEY SIERRA NUÑEZ	Masculino	30	CC	1082943742
Apellidos y Nombres			Tipo	Numero

Cargo
AUXILIAR DE ENFERMERIA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
Examen De Ingreso: Apto
Prexistencia:

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES		

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

Examen fisico con enfasi osteomuscular.

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
NO APLICA	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES

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 el propósito del examen. 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. Finalmente manifiesto que he le ído 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

Firma: _____

Nombre: JOSE GALO DIAZ GRANADOS MARTINEZ

R.M 8448 L.S.O: 1127

Aspirante o Trabajador



Firma: _____

Nombre: RANDY FERNEY SIERRA

CC: 1082943742