Eduard A. Sánchez Z.
Médico Esp. SST .RM. 155307. LPSST 405-18
Celular: 311 624 1747
Pereira, Colombia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 124

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
17 DÍA	01 MES	2024 AÑO	PEREIRA (RISARALDA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

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

PARTICULARES	ALCALDIA MUNICIPAL DE PEREIRA
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)

OROZCO GUTIERREZ DIEGO ALEJANDRO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	23 AÑOS 5 MESES 8 DÍAS	CC	1.002.595.312
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
CONTRATISTA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO

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:

EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	CONTROL DE PESO
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA : 120 MIN/SEM

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

-MEDIDAS DE AUTOCUIDADO.
-CUMPLIR CON PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD DE LA EMPRESA.

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

Eduard A. Sánchez Z.
Médico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
R.M. 1553-07 - LPSST 405-18

Firma:

Nombre: SANCHEZ ZAPATA EDUARD ANIBAL

R. M.: 1553-07 **L.S.O.:** LPSST 405-18

Código de Seguridad
Y1422E1K124

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: OROZCO GUTIERREZ DIEGO ALEJANDRO

CC: 1.002.595.312

SALOPEZ-02460690105030-4121177-008769829-A
SALOPEZ-02460690141010-4121177-008770965-A