CONCEPTO DE EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DEL EXAMEN	
08/01/2025	CALI
dd / mm / aa	Ciudad

DATOS DEL ASPIRANTE

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Identificación Tipo: CC
RODRIGUEZ	LUCUMI	CAROLINA		Número: 31578761

EMPRESA INDEPENDIENTE **CARGO** INDEPENDIENTE

INGRESO X

Aptitud

- [X] ASPIRANTE SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO
- [ ] ASPIRANTE CON RESTRICCIONES PARA EL CARGO
- [ ] REQUIERE EVALUACIONES COMPLEMENTARIAS (especifique cuales)

Tipo de Restricciones o Causas de Aplazamiento:

NINGUNA

Recomendaciones:

ESTILO DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS , USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ADECUADOS PARA EL CARGO ASIGNADO

Certifico que todo lo manifestado por mi en esta historia es veridico y que no he omitido informacion relacionada con mi estado o antecedentes de salud. Los resultados y conceptos del presente examen podrian ser utilizados para el buen cumplimiento del prorgama de Salud Ocupacional, como lo exige la regalmentacion legal vigente. Dejo constancia de haber sido informado por el medico acerca de mis condiciones de salud y concepto del presente examen,



Firma:

Nombre: Dr. Juan Carlos Montua M.
Medico Laboral

Registro: 2439-91 Lic. SO: 923-2014

Trabajador

Firma:

Nombre:

Documento Identificación:

La presente certificacion se expide con base en la Historia Ocupacional del Trabajador, la cual tiene caracter confidencial y su manejo esta regulado por la Resolucion 006398 del 20 de diciembre de 1991. El contenido de la misma no podra comunicarse o darse a conocer, salvo en los siguientes casos: cuando medie mandato judicial, por autorizacion expresa, escrita y con firma del trabajador interesado, y por solicitud de las autoridades competentes de seguridad social, Ministerio de la Proteccion Social. TEL 3505930432.

Powered by CamScanner