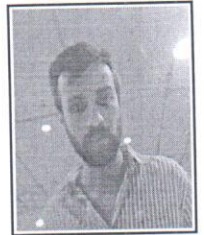




LABORATORIO CLINICO DE CALDAS IPS
NIT. 900257266-0

Calle 21 Nro 23-22 Ed. Atlas Piso 2
Cel. 3106721733 - Tel. 8730000 - 8975286 - www.laboratorioclinicodecaldas.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 18.509

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
12 DÍA	07 MES	2024 AÑO	MANIZALES (CALDAS, COLOMBIA)		
			EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO		
Ciudad					
DATOS DE LA EMPRESA					
PARTICULARES			PARTICULARES		
Acuerdo 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)					
GOMEZ DIAZ JUAN CAMILO			Genero	Edad	Documento de Identificación
Apellidos y Nombres			MASCULINO	32 AÑOS 7 MESES 14 DÍAS	CC 1061625570
Cargo				Tipo	Número
PROFESIONAL ESPECIALIZADO					
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:					
EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR			✓		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES	
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
		CAPACITACIÓN : SEGUN SG SST DE LA EMPRESA		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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.					
Médico			Aspirante o Trabajador		
Firma:			Firma:		
Nombre: CANO BAENA LINA MARCELA			Nombre: GOMEZ DIAZ JUAN CAMILO		
R. M.: 16851		L.S.O.: 72621	Código de Seguridad		CC: 1061625570
			1108201U18509		