



GRUPO MÉDICO LABORAL I.P.S

Nit: 900772537 - 4
Habilitación No DHSA77524
ISO 722

Cel: 3905993 - 3023441919 - 3135629847

Dirección: Carrera 73 # 6 - 15 Barrio Capri

Correo: gerencia@grupomedicolaboral.com - Web: www.grupomedicolaboral.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 48.951

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
12 DÍA	03 MES	2024 AÑO	EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	
Cali (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA)				
Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE				
PARTICULARES CONTADO			PARTICULARES	
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)				
SOTO RIOS ANA MARIA			Genero	Edad
Apellidos y Nombres			FEMENINO	40 AÑOS 8 MESES 13 DÍAS
			CC	38568766
			Tipo	Número
Cargos				
PSICOLOGA				
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL				
CONDICIONES DE SALUD ACORDES CON LOS REQUERIMIENTOS DEL PERFIL DE CARGO				
Observaciones: NO APLICA				
APTO SIN PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR				
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 CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR				
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
				HABITOS SALUDABLES
				FORTALECIMIENTO MUSCULAR
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES				
HIGIENE POSTURAL				
PAUSAS ACTIVAS				
USO DE E.P.P SEGUN MATRIZ DE RIESGO 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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.				
Médico			Aspirante o Trabajador	
Dr Cesar Sierra Imitola Medico Cirujano RM 196884 Especialista en Salud Ocupacional Medicina del Trabajo y Salud Comunitaria L.S.O. 2495 C.C. 8506339				
Firma:			Firma:	
Nombre: SIERRA IMITOLA CESAR			Nombre: SOTO RIOS ANA MARIA	
R. M.: 196884 L.S.O.: 2495			CC: 38568766	
Código de Seguridad				
R602X1D48951				