GRUPO MÉDICO LABORAL I.P.S
NIT: 900773537-4
REPS: 7600111530-01

Carrera 73 # 6-15 - Cali, Colombia
Cel: 302 344 1919 - 313 562 9847 - 301 788 9281
Tel: (602) 390 5993 - **Email:** gerencia@grupomedicolaboral.com
www.grupomedicolaboral.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 52.740

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
29 DÍA	07 MES	2024 AÑO	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

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. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
NUÑEZ ESCOBAR MARCO ANTONIO	MASCULINO	38 AÑOS 2 MESES 27 DÍAS	CC (Tipo)	1112218485 (Número)

Cargo
ADMINISTRADOR DE EMPRESAS

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
		HÁBITOS SALUDABLES
		FORTALECIMIENTO MUSCULAR
		CONTROL DE PESO
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

HABITOS SALUDABLES
EVITAR ALTO CONSUMO DE HARINAS, CRBOHIDRTOS, SAL, AZUCAR EN LA DIETA
REALIZAR ACTIVIDAD FISICA AL MENOS DOS VECES POR SEMANA
PAUSAS ACTIVAS SEGUN MATRIZ DE RIESGO

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

Yesica Estrada S.
CC 1144025279
LSO 2608

Firma:

Nombre: ESTRADA SANCHEZ YESICA

R. M.: 1144025279 **L.S.O.:** 2608

Código de Seguridad
A602G1M52740

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: NUÑEZ ESCOBAR MARCO ANTONIO

CC: 1112218485