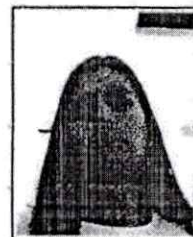




UNIDAD DE IMAGENOLOGIA CLINICA  
Y OCUPACIONAL SAS

NIT. 900898199-5  
Resolución 25-0165 de 2018 - 09/01/2018  
Calle 10 # 10 - 46, Ubaté - Cundinamarca  
Cel. 322 605 9632 - 322 606 8314 - E-mail: unimagsas@gmail.com  
www.unimag.com.co



Nº 35.615

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
31 DÍA	01 MES	2024 AÑO	VILLA DE SAN DIEGO DE UBATE (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) Ciudad	INGRESO			
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)							
BARRAGAN CRUZ MARIA ALEJANDRA				Género FEMENINO		Edad 24 AÑOS 11 MESES 18 DÍAS	
Apellidos y Nombres				Teléfonos 3208806460		Documento de Identificación CC 1076669335 Tipo Número	
Cargo ABOGADA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)							
Observaciones: NO APLICA							
NO SE EVALUARÁN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)						N/A	
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO NO APLICA		RECOMENDACIONES	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
CONSULTA MEDICA OCUPACIONAL				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
CONTINUAR MANEJO MÉDICO				USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES	
ESPECIALISTA : CONTROLES POR ENDOCRINOLOGIA				PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
						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: LEON GALLARDO WILLIAM EDILBERTO				Nombre: BARRAGAN CRUZ MARIA ALEJANDRA			
R. M.: 31861992				CC: 1076669335			
L.S.O.: 25-1433 DE 2017				Código de Seguridad V304B1H35615			