



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 32.360

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
22 DÍA	08 MES	2024 AÑO	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO		
VILLA DE SAN DIEGO DE UBATÉ (CUNDINAMARCA, COLOMBIA)					
Ciudad					
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
INDEPENDIENTE			INDEPENDIENTE		
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)					
INFANTE PEÑA CARLOS ALBERTO			Genero	Edad	Documento de Identificación
			MASCULINO	37 AÑOS 8 MESES 4 DÍAS	CC 1076647764
Apellidos y Nombres				Tipo	Número
Cargo					
DOCENTE					
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL					
APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)					
Observaciones: NO APLICA					
NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)					N/A
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 OCUPACIONAL ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR					
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : DE ALTERACIÓN ARTICULAR DE HOMBRO		SVE OSTEOMUSCULAR		HÁBITOS SALUDABLES	
		SVE VISUAL		FORTALECIMIENTO MUSCULAR	
		CAPACITACIÓN		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
				DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: Autorizo a Salud Ocupacional de la Sabana S.A.S, a realizar mi examen médico ocupacional y/o paraclínico(s) ocupacional(es) registrado(s) en este documento. Me han explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, y los riesgos del examen médico. 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. Autorizo a Salud Ocupacional de la Sabana S.A.S., para que suministre a la empresa contratante 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 (sistemas de vigilancia epidemiológica), y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que me encuentro en capacidad de firmar mi consentimiento informado.					
Médico		Aspirante o Trabajador			
Firma:		Firma:			
Nombre:		Nombre:			
R. M.:		CC:			
L.S.O.:					