IPS CENTRO DE RECONOCIEMINTO DE CONDUCTORES
MARIA DEL CIELO SAS
NIT: 900 794 599-0
Dirección: Carrera 9 No 7 - 60 Barrio Ricaurte
Cel: 310 212 4417
Email: ipscrcmariadelcielo@gmail.com
Chiquinquirá



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1,215

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
26 DÍA	05 MES	2025 AÑO	CHIQUINQUIRÁ (BOYACÁ, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

INDEPENDIENTES	INDEPENDIENTES
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)

SANCHEZ CRUZ PABLO TOMAS	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	29 AÑOS 11 MESES 21 DÍAS	CC	1053344490
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
CONTRATISTA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
CON CONDICIÓN FÍSICA O PATOLOGÍA CONTROLADA QUE NO INTERFIERE CON EL DESARROLLO DE LA LABOR

Observaciones: *NO APLICA*

APTO	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:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	✓ ----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
MEDIDAS ANTITROMBOTICAS: USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN, EJERCICIOS PREVENTIVOS	USO DE EPP SVE CARDIOVASCULAR PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL SVE OSTEOMUSCULAR CUMPLIR NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ESTABLECIDAS POR LA EMPRESA ENTRENAMIENTO EN CUIDADOS COLUMNA Y EJERCICIOS DE REPOSO MUSCULOTENDINOSO	CONTINUAR CON PRACTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA (INTENSIDAD MODERADA - 150 A 300 MINUTOS/SEMANA)

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

NINGUNA

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:	Código de Seguridad	Firma:
Nombre: FORERO VILLAMIL CLARA PATRICIA		Nombre: SANCHEZ CRUZ PABLO TOMAS
R. M.: 15944/2007 L.S.O.: 2094/2019		CC: 1053344490