



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 161.818

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
26 DÍA	06 MES	2024 AÑO	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA)	INGRESO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA							
PARTICULAR 2024 - SINC - ADESC - CONTADO - INTRA				PARTICULARES			
Nombre del acuerdo comercial				Empresa			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
ESCOBAR TELLO VALENTINA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				FEMENINO	26 AÑOS 9 MESES 4 DÍAS	CC	1143873376
Carga						Tipo	Número
CONTRATISTA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO							
Observaciones: NO APLICA							
N/A		NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)					
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 OSTEOMUSCULAR				-----			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL				USO DE EPP		HÁBITOS SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		FORTALECIMIENTO MUSCULAR	
				CAPACITACIÓN		HACER DEPORTE	
						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
1. AUTOCUIDADO. 2. ESTILOS DE VIDA SALUDABLES. 3. EJERCICIOS FRECUENTES.							
Consentimiento Informado: "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. En caso de necesitar exámenes de laboratorio para complementar mi historia clínica, autorizo al laboratorio clínico de la IPS Ocupacional Santa Clara SAS a realizar la toma de las muestras necesarias para su realización. 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: Valentina Escobar			
Nombre: DOMINGUEZ VEGA DOMINGO				Nombre: ESCOBAR TELLO VALENTINA			
R. M.: CC 3811778				L.S.O.: 02138-04-2016 - R 0703U1A161818			
				CC: 1143873376			

