



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
02 DÍA	01 MES	2024 AÑO	TARSO Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO			
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
MUNICIPIO DE TARSO, ALCALDIA MUNICIPAL				ALCALDIA MUNICIPAL			
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)							
LILIANA MARGARITA ZAPATA ZAPATA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				FEMENINA	43	CC	43441860
Cargo				Tipo Número			
AUXILIAR DE SECRETARIA DE GOBIERNO							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL PARA:				N/A			
Observaciones: NINGUNA.							
N/A				NO SE EVALUARON REQUISITOS DE SALUD: Alturas, Espacios Confinados o Manipulación 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:							
EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL							
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
CONSIDERACIONES OCUPACIONALES ESPECIALES RESOLUCIÓN 0304 DE 2022 Y 777 DE 2021 POR COVID 19: Según lineamientos del Ministerio de Salud y de acuerdo a la valoración médica realizada el usuario NO PRESENTA comorbilidades o condiciones que le ponen en riesgo de hacer complicaciones en caso de infección por COVID 19, de acuerdo a lo establecido en la resolución 777 de 2021.							
Énfasis osteomuscular no alterado. Se realiza evaluación del sistema osteomuscular y de columna donde el usuario no manifiesta sintomatología de enfermedades ni se evidencian en la evaluación médica signos sugestivos de Esta.							
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: JORGE HERNAN RAMIREZ				Nombre: LILIANA MARGARITA ZAPATA ZAPATA			
R. M.: 5-4997-12				CC 43441860			
L.S.O.: 038895							