SERVICIOS PROFESIONALES DEL TOLIMA SERPROTOL S.A.S

NIT. 900.548.008-6

Calle 11 # 1 - 92 Consultorio 201 - **EDIFICIO CENTRO DE ESPECIALISTAS** Ibagué - Tolima

Cel: 313 830 3430 - 3015058850 - Tel: 2616864

Email: serprotol@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 8.492

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
27 DÍA	03 MES	2023 AÑO	IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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

PARTICULARES CONTADO	MENTO ADMINISTRATIVO DE ASUNTOS JURIDICOS DE LA GOBE
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)

PERDOMO URIBE RUBEN DARIO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	31 AÑOS 4 MESES 8 DÍAS	CC	1018448595
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
ABOGADO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)

Observaciones: *NO APLICA*

NO APLICA	CUMPLE CON LOS REQUISITOS DE SALUD PARA MANIPULAR ALIMENTOS
NO APLICA	CUMPLE CON LOS REQUISITOS DE SALUD PARA TRABAJO EN ALTURAS

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 MÉDICO OCUPACIONAL	✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES

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

Firma: Dr. Oscar A. Quintero Piñeros MÉDICO CIRUJANO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL RNEC 35/03/01/2020 SECRETARIA DE SALUD DEL TOLIMA

Nombre: QUINTERO PIÑEROS OSCAR ARTURO

R. M.: 35/03/01/2020 **L.S.O.:**

Código de Seguridad
L33R1X8492

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: PERDOMO URIBE RUBEN DARIO

CC: 1018448595