Centro Medico Guadalupe Medicina General y Salud Ocupacional S.A.S
NIT. 900447281
Carrera 15 # 35-39 - Dosquebradas - Risaralda
Tels. 3323341-3324112
E-mail. centromedicoguadalupe@gmail.com



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 11.162

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 06 DIA | 03 MES | 2024 AÑO | DOSQUEBRADAS (RISARALDA, COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO |

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

| PARTICULARES CONTADO | ALCALDIA DE PEREIRA |
|---|---|
| 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)

| YAQUIVE ARANGO MARIA SILVANA | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| | FEMENINO | 22 AÑOS 1 MESES 26 DÍAS | CC | 1193227415 |
| Apellidos y Nombres | | | Tipo | Número |

Cargo
**CONTRATISTA**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**APTO 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:***

| EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL | ✓ | ---------- |
|---|---|---|

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| USAR CORRECCIÓN VISUAL | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | HABITOS SALUDABLES |
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO | | DIETA BALANCEADA |

**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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**

Firma: _____

Nombre: CORREA TORO ANGELA MARCELA

R. M.: 24340699 L.S.O.: 163420

**Código de Seguridad**
Z894F1L11162

**Aspirante o Trabajador**

Firma: Mª Silvana Yaquive

Nombre: YAQUIVE ARANGO MARIA SILVANA

CC: 1193227415