SaludLaboral
Calidad Médica Garantizada

CMG Salud Laboral SAS
NIT. 901546955-0
Carrera 56 No. 74-70 Local 101
Cels. (+57) 3138762692 - (+57) 3138762694 - Tel. (605) 3851865
E-mail. info@cmgsaludlaboral.com
www.cmgsaludlaboral.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 28.197

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
05 DÍA	**08** MES	**2024** AÑO	**BARRANQUILLA (ATLÁNTICO, COLOMBIA)** Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO**

DATOS DE LA EMPRESA

PARTICULARES CONTADO	**PARTICULARES**
Nombre de la empresa	**Empresa en misión**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

MONTES MIER MILENA ISABEL	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	44 AÑOS 1 MESES 29 DÍAS	CC	39070960
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
CONTADOR PUBLICO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
APLICA AL PERFIL BIOLABORAL

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 CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
		HÁBITOS SALUDABLES

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

PESO: 53
TALLA: 156
IMC: 21.78

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: PEDROZO PEREZ MEREDITH MARIA

R. M.: 1005 **L.S.O.:** 6036

Código de Seguridad
Z1217F1L28197

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: MONTES MIER MILENA ISABEL

CC: 39070960