# JHON SEBASTIAN RUANO ESCOBAR

**NIT. 10307008**
**Dirección:** Calle 11 Norte # 7-25 Condominio Génova
Barrio Prados del Norte
**Cel:** 301 539 7104
**Correo:** sebastian-ruano@hotmail.com

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 734

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 01 DÍA | 06 MES | 2024 AÑO | POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO |

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

| PARTICULARES CONTADO | PARTICULARES |
|---|---|
| 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)

| FUENTES CAMPOS JUAN SEBASTIAN | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| | MASCULINO | 30 AÑOS 1 MESES 9 DÍAS | CC | 1061768776 |
| Apellidos y Nombres | | | Tipo | Número |

Cargo
**CONTRATISTA**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
**SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA**

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 |
|---|---|---|
| VALORACIÓN POR EPS | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

1. PAUSAS ACTIVAS
2. HIGIENE POSTURAL
3. ALIMENTACIÓN SANA
4. REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA FRECUENTE
5. ASISTIR UNA VEZ AL AÑO AL MÉDICO GENERAL
6. USO DE EPP Y CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLOS DE SST
7. SI PRESENTA UN ACCIDENTE LABORAL REPORTAR A SU JEFE INMEDIATO.

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**

Sebastian Ruano
Licencia 1448
Esp. Medicina Laboral
Universidad Católica de Manizales

Firma:

Nombre: RUANO ESCOBAR JHON SEBASTIAN

R. M.: 10307008 L.S.O.:

**Código de Seguridad**
I1248Q1U734

**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: FUENTES CAMPOS JUAN SEBASTIAN

CC: 1061768776