SALUD VITAL
Y RIESGOS PROFESIONALES IPS
NIT. 900.077.184-2

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR



Nombre: SANCHEZ ARIAS ANA MARIA **CC:** 1098805608

Edad: 28 AÑOS **Género:** FEMENINO **Estado Civil:** SOLTERO(A)

EPS: NO REFIERE **AFP:** NO REFIERE **IMC:** 21.23 - NORMAL

Dirección: **Ciudad:** BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA

Fecha: 06/09/2025

Empresa en Misión: SERINNCO SAS

Empresa Contratante: SERINNCO SAS **NIT:** 901117976

Dirección Empresa Contratante: CARRERA 24 # 36 - 48 LOCAL 101 - 3008960509

Cargo: OPERADOR DE REPARACIONES

EXÁMENES PRACTICADOS	LABORATORIOS	OTROS
EXAMEN FISICO OCUPACIONAL - NORMAL		

Concepto de aptitud laboral

APTO PARA LA LABOR ASIGNADA

Observación:

REQUISITO SALUD	CUMPLE
CUMPLE CON LOS REQUISITOS DE SALUD PARA MANIPULAR ALIMENTOS	N/A

RECOMENDACIONES

MÉDICAS	OCUPACIONALES	ESTILO DE VIDA SALUDABLES

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
NINGUNA		NINGUNA

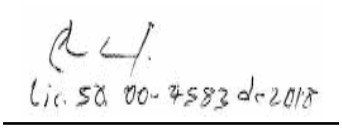
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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: TIJO CARANTON NORBERTO

R. M.: 1514 **L.S.O.:** 00-4583-2018

TRABAJADOR

Firma: 

Nombre: SANCHEZ ARIAS ANA MARIA

CC: 1098805608