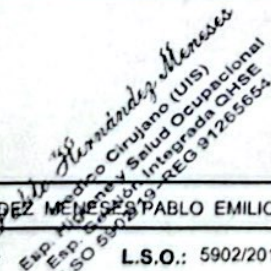




CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 8.576

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
28	01	2025	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	
DÍA	MES	AÑO	Ciudad	
EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE				
PARTICULARES CONTADO			SUB RED SUR	
Nombre de la empresa			Empresa en misión	
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cédula de Ciudadanía, CE, Cédula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)				
LOPEZ LADINO MONICA ALEJANDRA			Genero	Edad
Apellidos y Nombres			FEMENINO	27 AÑOS 5 MESES 24 DÍAS
			Documento de Identificación	CC
			Tipo	Número
				1033799593
Cargos				
ENFERMERA SALUD PUBLICA				
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL				
APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCION				
Observaciones: NO APLICA				
APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES				
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 OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR ☒				
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
		USO DE EPP		HABITOS 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		Aspirante o Trabajador		
Firma:  Nombre: HERNANDEZ MENESSES PABLO EMILIO R. M.: 91265654 L.S.O.: 5902/2019		 Firma: <u>Mónica Lopez</u> Nombre: LOPEZ LADINO MONICA ALEJANDRA CC: 1033799593		
		Código de Seguridad L1261R1X8576		