



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 14.268

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
16 DÍA	12 MES	2025 AÑO	SOLEDAD (ATLÁNTICO, COLOMBIA)		
			Ciudad		
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
Nombre de la empresa			Empresa en misión		
PARTICULARES			PARTICULARES		
CIU (Actividad Económica) del empleador:					
SIN REGISTRAR					
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)					
Apellidos y Nombres		Género	Edad	Documento de Identificación	
CARRILLO BARRIOS SHIRLEY MARBEL		FEMENINO	49 AÑOS 2 MESES 5 DÍAS	CC	22534166
Cargo				Tipo	Número
CONTRATISTA					
EPS		AFP		ARL	
CAJACOPI		COLPENSIONES		POSITIVA	
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL					
PUEDE DESARROLLAR 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:					
EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR <input checked="" type="checkbox"/>					
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
		USO DE EPP		HACER DEPORTE	
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		DIETA BALANCEADA	
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: 			Firma: 		
Nombre: CC: 1043874436 - AIKMAN GERSON CHARRIS			Nombre: CARRILLO BARRIOS SHIRLEY MARBEL		
R. M.: 1043874436 L.S.O.: 4977			CC: 22534166		
Código de Seguridad			Código de Seguridad		
X1385D1J14268			X1385D1J14268		

