MEDICINA LABORAL

Página web: www.grupomedicoprevencion.com
Teléfonos: 310 473 6043 - 320 512 4424
Correo: grupomedicoprevencion@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 13.546

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
23 DÍA	07 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

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

PARTICULARES	MINTRANSPORTE
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)

GARZÓN LAMUS ANDRÉS RICARDO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	37 AÑOS 11 MESES 18 DÍAS	CC	1032392949
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
CONTRATISTA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIONES PARA 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:

EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HÁBITOS SALUDABLES
		REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA REGULARMENTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE SUGIERE REALIZAR ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN CUANTO A SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

SE RECOMIENDA LA REALIZACIÓN DE PAUSAS ACTIVAS PROGRAMADAS Y DIRIGIDAS.

SE SUGIERE CONSIDERAR LA REALIZACIÓN DE EXÁMENES PARACLÍNICOS O AYUDAS DIAGNÓSTICAS SEGÚN EDAD DEL TRABAJADOR(A) Y RIESGOS PROPIOS DEL CARGO CONTEMPLADOS DENTRO DEL PROFESIOGRAMA.

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. 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

Firma: Diana Lorena Giraldo S
Médica Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
Licencia SST 74849
RM. 17284

Nombre: CC: 1053797072 - DIANA LORENA GIRALDO

R. M.: 17284 **L.S.O.:** 74849

Código de Seguridad
E958K1Q13546

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: GARZÓN LAMUS ANDRÉS RICARDO

CC: 1032392949