MORA GONZALEZ S.A.S
NIT. 805 020 878 - 5
Resolución 0320 / 21 marzo 2013
Calle 23 Norte 5 BN 87, Cali - Colombia
Cels. 3162959800 - Tel. 6686528
E-mail. citas@unidadmedicaocupacional.co

UNIDAD MEDICA OCUPACIONAL



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 16.878

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
08 DÍA	05 MES	2019 AÑO	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO PRE OCUPACIONAL O DE INGRESO

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

INDEPENDIENTE	GOBERNACION DEL VALLE
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)

ALARCON VALENCIA JOSE MANUEL	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	53 AÑOS	CC	16731889
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
CONTRATISTA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)

Observaciones: *NO APLICA*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)	N/A

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 INGRESO ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN MATRIZ DE RIESGOS	ESTILO DE VIDA SALUDABLE
	REALIZAR EXÁMENES OCUPACIONALES PERIÓDICOS E INGRESAR EN SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO SEGÚN MATRIZ DE RIESGOS	EJERCICIO REGULAR
	HIGIENE POSTURAL	ALIMENTACIÓN SALUDABLE
	PAUSAS ACTIVAS	DEJAR DE FUMAR
	CAPACITACIÓN SEGÚN MATRIZ DE RIESGOS	

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 veridicas. 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:	Eric Valdés Guzmán Médico Especialista Salud Ocupacional Lic 045 29/01/2018 SDSV	Firma:	
Nombre:	VALDES GUZMAN ERIC	Nombre:	ALARCON VALENCIA JOSE MANUEL
R. M.:	14373 L.S.O.: 045 29-01-2018 SDSV	CC:	16731889

