**DANNY MUÑOZ P.**
Médico especialista en seguridad y salud en el trabajo.



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

**N° 2775**

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN | | | | TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 11 DÍA | 01 MES | 2024 AÑO | CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Ciudad | **EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL INGRESO** |

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

| **PARTICULAR** | **PARTICULAR** |
|---|---|
| **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)

| Apellidos y Nombres | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| **QUIJANO JARAMILLO AGUSTÍN** | MASCULINO | 53 AÑOS 0 MESES 24 DÍAS | C.C (Tipo) | 16.789.629 (Número) |

Cargo
**CONTRATISTA**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA (APTO)**

Observaciones: *NO APLICA*

| | |
|---|---|
| **NO APLICA** | PARA MANIPULAR ALIMENTOS Y CUMPLE CON LOS REQUISITOS |
| **NO APLICA** | PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS |
| **NO APLICA** | PARA TRABAJAR EN ALTURAS |

| **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 MEDICA OCUPACIONAL ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR ✓ | ---------- |

| **RECOMENDACIONES MÉDICAS** | **RECOMENDACIONES OCUPACIONALES** | **HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES** |
|---|---|---|
| - CONTROL POR OPTOMETRIA CADA AÑO. | - USO DE EPP | - HÁBITOS SALUDABLES |
| | - PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | - FORTALECIMIENTO MUSCULAR |
| | - SVE OSTEOMUSCULAR | - DIETA BALANCEADA |
| | - SVE VISUAL | - HACER DEPORTE |
| | | |

**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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**

Danny Muñoz P.
Danny Muñoz Piedrahita
MEDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
RESOLUCION 0778 FECHA 29/04/19

**Firma:**

**Nombre:** MUÑOZ PIEDRAHITA DANNY DARIO

**R. M.:** 194573 **L.S.O.:** 077829

**Aspirante o Trabajador**

**Firma:**

**Nombre:** QUIJANO JARAMILLO AGUSTÍN

**C.C.** 16.789.629