

**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL****N° 32.360**

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
22 DÍA	08 MES	2024 AÑO	VILLA DE SAN DIEGO DE UBATÉ (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
INDEPENDIENTE				INDEPENDIENTE			
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)							
INFANTE PEÑA CARLOS ALBERTO Apellidos y Nombres				Genero	Edad	Documento de identificación	
				MASCULINO	37 AÑOS 8 MESES 4 DÍAS	CC	1076647764
Carga				Tipo			
DOCENTE							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)							
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 OCUPACIONAL ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR							
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : DE ALTERACIÓN ARTICULAR DE HOMBRO		SVE OSTEOMUSCULAR			HABITOS SALUDABLES		
		SVE VISUAL			FORTALECIMIENTO MUSCULAR		
		CAPACITACIÓN			ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA		
					DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: Autorizo a Salud Ocupacional de la Sabana S.A.S. a realizar mi examen médico ocupacional y/o paraclínico(s) ocupacional(es) registrado(s) en este documento. Me han explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, y los riesgos del examen médico. 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. Autorizo a Salud Ocupacional de la Sabana S.A.S., para que suministre a la empresa contratante 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 (sistemas de vigilancia epidemiológica), y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que me encuentro en capacidad de firmar mi consentimiento informado.							
Médico Dr. Raquel Prieto Villareal Especialista Salud Ocupacional Licencia No. 15806 de 2015				Aspirante o Trabajador			
Firma:				Firma:			
Nombre: PRIETO VILLARREAL RAQUEL GEOVANNA				Nombre: INFANTE PEÑA CARLOS ALBERTO			
R. M.: 52084355 L.S.O.: 15806-2015				CC: 1076647764			