


CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.654

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
18 DÍA	07 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EVALUACION OCUPACIONAL			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
CONTRATISTA				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)							
GUTIÉRREZ SABOGAL PEDRO JULIO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	35 AÑOS 0 MESES 28 DÍAS	CC	1018426147
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo ABOGADO ESPECIALISTA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA							
Observaciones: APTO PARA EL CARGO							
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:							
VISIONOMETRÍA				AUDIOMETRIA			
EVALUACIÓN OSTEOMUSCULAR				EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
				USO DE EPP		HÁBITOS SALUDABLES	
				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
PACIENTE VALORADO, CON EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO DENTRO DE LÍMITES NORMALES, OSTEOMUSCULAR NORMAL, VISIONOMETRIA NORMAL, AUDIOMETRIA NORMAL, NIEGA ACCIDENTES DE TRABAJO O ENFERMEDADES DE ORIGEN LABORAL AL MOMENTO DEL EXAMEN							
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: LANCHEROS URBINA CÉSAR A				Nombre: GUTIÉRREZ SABOGAL PEDRO JULIO			
R. M.: 6669-93 L.S.O.: 25-1605-18-03-2015				CC: 1018426147			