# SERVICIOS PROFESIONALES DEL TOLIMA SERPROTOL S.A.S

NIT. 900.548.008-6
Calle 11 # 1 - 92 Consultorio 201 - Edificio Centro de especialistas Ibagué - Tolima
Cel: 313 830 3430 - 3015058850 - Tel: 2616864
Email: serprotol@gmail.com



## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 5.419

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 19 DÍA | 10 MES | 2020 AÑO | IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA) Ciudad | EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO |

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

| PARTICULARES CONTADO | SECRETARIA ADMINISTRRATIVA DE LA GOBERNACION |
|---|---|
| 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)

| HURTADO BARRERA CAROLINA | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| | FEMENINO | 39 AÑOS 8 MESES 15 DÍAS | CC | 28798494 |
| Apellidos y Nombres | | | Tipo | Número |

Cargo
**ABOGADA**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)**

Observaciones: *NO APLICA*

| | |
|---|---|
| **NO APLICA** | CUMPLE CON LOS REQUISITOS DE SALUD PARA MANIPULAR ALIMENTOS |
| **NO APLICA** | CUMPLE CON LOS REQUISITOS DE SALUD PARA TRABAJO 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:**

| | |
|---|---|
| EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL ✓ | ---------- |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| | HÁBITOS SALUDABLES | |
| | FORTALECIMIENTO MUSCULAR | |
| | DIETA BALANCEADA | |

**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**

Dr. Oscar A. Quintero Piñeros
Médico Cirujano
Especialista en Salud Ocupacional
Res. 35 S Enero/2020
Secretaría de Salud del Tolima

Firma:

Nombre: QUINTERO PIÑEROS OSCAR ARTURO

R. M.: 35/03/01/2020 L.S.O.:

Código de Seguridad
O33U1A5419

**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: HURTADO BARRERA CAROLINA

CC: 28798494