



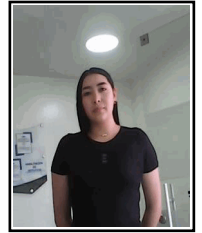
# CLÍNICA LABORAL SAGUIL S.A.S.

Licencia de Salud Ocupacional Res. 25-0442 del 20/05/2019

Calle 8 # 8-103 Ubaté - Cundinamarca  
Tel. 855 2613 - Cel. 313 453 5980  
info@clnicasaguil.com

Calle 6 # 4 - 80 oficina 302 Samacá - Boyacá  
Cel. 3227186701  
infosamaca@clnicasaguil.com

www.clinicasaguil.com



## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 24.792

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
16 DÍA	01 MES	2023 AÑO	VILLA DE SAN DIEGO DE UBATE (CUNDINAMARCA, COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
CRISTIAN CAMILO CARDENAS RODRIGUEZ				CRISTIAN CAMILO CARDENAS RODRIGUEZ			
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)							
RODRIGUEZ NIETO PAULA ANDREA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	28 AÑOS 9 MESES 4 DÍAS	CC	1069747540
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo DOCENTE							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO: SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR Observaciones: NO APLICA ASIGNADA							
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:							
EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR(CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL)				-----			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
				USO DE EPP : SEGÚN PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD DE LA EMPRESA		HABITOS SALUDABLES	
				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		DIETA BALANCEADA	
				CAPACITACIÓN : SEGÚN EL SG SST DE LA EMPRESA			
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
PACIENTE QUIEN SE ENCUENTRA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, SIN EVIDENCIA DE ENFERMEDAD QUE AFECTE SU CAPACIDAD LABORAL, APTA PARA EL CARGO.							
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: LIZARAZO CHAVES NICOLAS				Nombre: RODRIGUEZ NIETO PAULA ANDREA			
R. M.: 1049629867				CC: 1069747540			
L.S.O.: 120- 26/01/2021				Código de Seguridad			
				0543U1A24792			