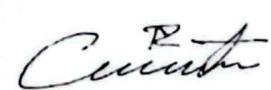




N° 63.334

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
11 DÍA	12 MES	2025 AÑO	POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
PARTICULARES CONTADO				PARTICULAR			
CIIU (Actividad Económica) del empleador:							
SIN REGISTRAR							
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				Género	Edad	Documento de Identificación	
GURRUTE QUILINDO CRISTIAN ALEXIS				MASCULINO	23 AÑOS 0 MESES 9 DÍAS	CC	1003037246
						Tipo	Número
Cargos							
APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVA							
EPS		AFP		ARL			
FOMAG		COLPENSIONES		NO REFIERE			
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA							
Observaciones: SIN RESTRICCIONES PARA LA OCUPACION							
N/A NO SE EVALUARON 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:							
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL							
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		USO DE EPP : SEGUN MATRIZ DE PELIGROS			HÁBITOS SALUDABLES		
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : CADA 2 HORAS POR 5 MINUTOS PAUSAS ACTIVAS Y CAMBIOS DE POSTURA			FORTALECIMIENTO MUSCULAR		
		CAPACITACIÓN : DEL CARGO Y SST			DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
SE DEJA CONSTANCIA EN HISTORIA CLINICA DE LAS CONDICIONES DE SALUD ENCONTRADAS AL EXAMEN FISICO							
SIN ALTERACIONES APARENTES QUE LIMITE SU LABOR							
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: _____ Nombre: CC: 1061712240 - MAVIR BIBIANA MARTINEZ R. M.: 1061712240 L.S.O.: 08434-19				 Firma: _____ Nombre: GURRUTE QUILINDO CRISTIAN ALEXIS CC: 1003037246			
 Código de Seguridad F979L1R63334							