



Eduard A. Sánchez Z.
Médico Esp. SST .RM. 155307. LPSST 405-18
Celular: 311 624 1747
Pereira, Colombia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 411

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
06 DÍA	05 MES	2025 AÑO	PEREIRA (RISARALDA, COLOMBIA)	EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULARES				PARTICULARES			
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)							
MURILLO HINCAPIE JENNY MARIA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	44 AÑOS 8 MESES 7 DÍAS	CC	42.140.231
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo CONTRATISTA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO							
Observaciones: NO APLICA							
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:							
EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		USO DE EPP			ACTIVIDAD FISICA AERÓBICA : 120 MIN/SEM.		
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
- MEDIDAS DE AUTOCUIDADO. - CUMPLIR CON TODOS LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD DE LA EMPRESA. - HIGIENE VISUAL.							
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: SANCHEZ ZAPATA EDUARD ANIBAL R. M.: 1553-07 L.S.O.: LPSST 405-18				 Firma: _____ Nombre: MURILLO HINCAPIE JENNY MARIA CC: 42.140.231			
Código de Seguridad Y1422E1K411							