



N° 6.597

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL							
23 DÍA	01 MES	2026 AÑO	VILLETÁ (CUNDINAMARCA, COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO							
			Ciudad								
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE											
Nombre de la empresa				Empresa en misión							
PARTICULARES CONTADO				PARTICULARES							
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					
DIAZ BELTRAN ANGIE MARCELA				FEMENINO	27 AÑOS 6 MESES 21 DÍAS	CC	1070985606				
						Tipo	Número				
Cargo											
CONTRATISTA											
EPS		AFP			ARL						
NO REFIERE		NO REFIERE			NO REFIERE						
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL											
CUMPLE CON EL PERFIL PARA EL CARGO SIN RESTRICCION											
Observaciones: NO APLICA											
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:											
EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR				-----							
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES						
		USO DE EPP			HÁBITOS SALUDABLES						
		SVE VISUAL			DIETA BALANCEADA						
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL									
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES											
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL. USO DE CORRECCION VISUAL, CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA. ALIMENTACION SALUDABLE, EJERCICIO REGULAR.											
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: 79004424 - GUILLERMO ADRIAN CHAVES R. M.: 25852-04 L.S.O.: 2500818 DE 2023				 Código de Seguridad L1353R1X6597				 Firma: _____ Nombre: DIAZ BELTRAN ANGIE MARCELA CC: 1070985606			