SERVICIOS INTEGRALES EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO S.A.S
NIT: 900878523-3
Dirección: Cll 27 # 22B - 47 Barrio La María
e-mail: sisstsas@gmail.com
Teléfono: 2721485 - 302 381 0521 - 315 408 7872



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 11.857

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
27 DÍA	08 MES	2024 AÑO	SINCELEJO (SUCRE, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

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)

ACOSTA RICARDO MARCO ANTONIO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	22 AÑOS 10 MESES 24 DÍAS	CC	1005488653
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
TECNICO EN SISTEMAS

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

ELEGIBLE PARA EL CARGO SIN RECOMENDACIONES LABORALES

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:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
		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

Dra. Angélica Gómez Martínez
Esp. Seguridad y Salud en el Trabajo
Lic. SST 0252
Reg. Medico 471977

Firma:

Nombre: GOMEZ MARTINEZ ANGELICA MARIA

R. M.: 471977 **L.S.O.:** 0252

Código de Seguridad
G1307M1S11857

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: ACOSTA RICARDO MARCO ANTONIO

CC: 1005488653