



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.280

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
28 DÍA	11 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)		
			Ciudad		
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
PARTICULARES CONTADO			CONTRATISTA		
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)					
ROJAS TOBAR MICHELL DAYANN			Genero	Edad	Documento de Identificación
Apellidos y Nombres			FEMENINO	24 AÑOS 5 MESES 27 DÍAS	CC 1001047342
Carga					
DIGITADORA					
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL					
APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCION					
Observaciones: NO APLICA					
APTO			APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES		
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	
USAR CORRECCIÓN VISUAL		USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES	
VALORACIÓN POR EPS : NUTRICIONISTA		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		CONTROL DE PESO	
		CAPACITACIÓN		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
				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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.					
Médico			Aspirante o Trabajador		
Dr. FRANKLIN ANDRES GUEVARA Médico Cirujano Médico Especialista en PSY RETHUS R.M. C.E. 209190 Licencia Ocupacional No. 6011 de 09/05/2018					
Firma:			Firma:		
Nombre: GUEVARA VILLALBA FRANKLIN ANDRES			Nombre: ROJAS TOBAR MICHELL DAYANN		
R. M.: 289190			CC: 1001047342		
L.S.O.: 6011 DE 09/05/2018			Código de Seguridad		
			L1261R1X7280		