



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 37.669

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
30 DÍA	04 MES	2025 AÑO	NEIVA (HUILA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL HUILA				CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL HUILA			
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)							
SANCHEZ HERNANDEZ WILLIAN				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				MASCULINO	35 AÑOS 5 MESES 6 DÍAS	CC	1075240999
Carga						Tipo	Número
CONTRALOR AUXILIAR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
APTO PARA CONTINUAR SU LABOR							
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:							
AUDIOMETRÍA				GLICEMIA			
OPTOMETRÍA				PERFIL LIPÍDICO			
CUADRO HEMÁTICO				EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL PERIODICA ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
				USO DE EPP		HÁBITOS SALUDABLES	
				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		CONTROL DE PESO	
						HACER DEPORTE	
						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR SATISFACTORIO, RECOMENDACIONES AL TRABAJADOR: HACER PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO ADECUADO DE EPP, ADOPTAR HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, REALIZAR LAS TAREAS SEGÚN LAS NORMAS Y PROTOCOLOS DE LA EMPRESA PARA PREVENIR ACCIDENTES LABORALES.							
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. 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:				Firma:			
Nombre: GRANADOS SARMIENTO DIEGO CARLOS				Nombre: SANCHEZ HERNANDEZ WILLIAN			
R. M.: 15 1487/2009 L.S.O.: 1367/2022				Código de Seguridad CC: 1075240999			
W173C1137669							