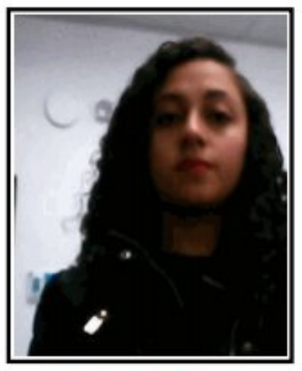
CENTRO MEDICO LABORAL
DR. HAROLD CHAMORRO

Nit: 13068668-1
Licencia salud ocupacional No 1212/18
Dirección: Calle 10 # 24-38 Barrio San Felipe
Cel: 3164950129 - 305468222
medicolaboralpasto@gmail.com
Pasto Nariño



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 11.771

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
23 DÍA	07 MES	2024 AÑO	PASTO (NARIÑO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
CONSORCIO OBRAS CONSACA	CONSORCIO OBRAS CONSACA

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	Genero	Edad	Documento de Identificación	
BURBANO ALAVA LAURA SOFIA	FEMENINO	23 AÑOS 7 MESES 2 DÍAS	CC (Tipo)	1193385484 (Número)

Cargo
PASANTE AUXILIAR CIVIL

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIÓN PARA LA LABOR ASIGNADA

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
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	SVE VISUAL	DIETA BALANCEADA
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONCEPTO: SIN RESTRICCION PARA LA LABOR ASIGNADA. UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS PARA LA SEGURIDAD EN SU TRABAJO, CUMPLIR CON LAS PAUSAS ACTIVAS Y DESCANSOS IMPLEMENTADOS DURANTE LA JORNADA LABORAL.

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		Aspirante o Trabajador
Firma: Harold A. Chamorro Médico Cirujano U.T.P. Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo Lic. 1212/12.05.18	Código de Seguridad A1189G1M11771	Firma: Laura Burbano
Nombre: CHAMORRO CORREA HAROLD ALEXANDER		Nombre: BURBANO ALAVA LAURA SOFIA
R. M.: 521621 L.S.O.: 1212/18		CC: 1193385484

Powered by CamScanner