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° 11.261

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 17 DÍA | 06 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

| CONSORCIO OBRAS CONSACA | CONSORCIO OBRAS CONSACA |
|---|---|
| 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)

| BUSTOS RAMIREZ JULIO ALEJANDRO | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| | MASCULINO | 31 AÑOS 4 MESES 11 DÍAS | CC | 1085930421 |
| Apellidos y Nombres | | | Tipo | Número |

Cargo
**RESIDENTE DE OBRA**

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 | CONTROL DE PESO |
| | SVE AUDITIVO | DIETA BALANCEADA |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | |
| | SVE OSTEOMUSCULAR | |

**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**



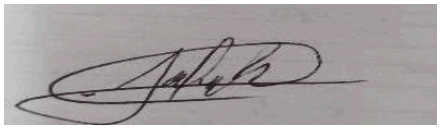

**Firma:**

**Nombre:** CHAMORRO CORREA HAROLD ALEXANDER

**R. M.:** 521621 **L.S.O.:** 1212/18

**Código de Seguridad**
T1189Z1F11261

**Aspirante o Trabajador**



**Firma:**

**Nombre:** BUSTOS RAMIREZ JULIO ALEJANDRO

**CC:** 1085930421