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° 12.724

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
25 DÍA	09 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
CONSULTORES Y CONSTRUCTORES INTEGRALES SAS	CONSULTORES Y CONSTRUCTORES INTEGRALES SAS

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	
DIAZ MUÑOZ JOSE GEOVANNY	MASCULINO	35 AÑOS 2 MESES 10 DÍAS	Tipo: CC	Número: 1134531227

Cargo
OPERADOR DE MAQUINA AMARILLA

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	✓	ELECTROCARDIOGRAMA	✓
OPTOMETRIA	✓	AUDIOMETRIA	✓
TEST PSICOSENSOMETRICO (SOLO TEST DE COORDINACION MOTRIZ) OPTOMETRIA - AUDIOMETRIA	✓	CORDINACION MOTRIZ	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	SVE VISUAL	CONTROL DE PESO
	SVE AUDITIVO	HACER DEPORTE
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA
	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

Harold A. Chamorro
Médico Cirujano U.L.F.G.
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
Res. 1512/12.08.15

Firma:

Nombre: CHAMORRO CORREA HAROLD ALEXANDER

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: DIAZ MUÑOZ JOSE GEOVANNY

R. M.:	521621	L.S.O.:	1212/18	Código de Seguridad	CC:	1134531227
				F1189L1R12724		