

Certificado de aptitud laboral

Examen medico ocupacional osteomuscular pre-ingreso


Fecha: 22/Nov/2025, **Hora:** 07:04:25 a.m.

Apellido: PEDRAZA RODRIGUEZ

Tipo Doc: CC

Empresa: UNO + OTRO SAS

Emp. Usuaria: UNO+OTRO SAS

Cargo: EJECUTIVO INTEGRAL

Direccion: CALLE 2 A #90 A 47

Telefono: **Celular:** 3043942605 **Email:** PEDRAZAR.HELVER@GMAIL.COM **Estado Civil:** Soltero

Ciudad: BOGOTA D.C. - CIUDAD KENNEDY

Responsable: - **Parentesco:** - **Telefono:**
Nombre: HELVER

Nro Identidad: 1024466411

HC: # 84964

Edad: 39 años

Sexo: Masculino

Nacim: 25/Ago/1986

Rh: O+

Exámenes Realizados

☒ Audiometría tamiz ☒ Visiometría ☒ Examen medico ocupacional de pre- ingreso

Recomendaciones Especificas

S.V.E.

Estilo de Vida Saludable

* Hábitos de vida saludable

Medicas

Laborales

* Pausas activas

* Mantener adecuada higiene postural

Concepto

Apto para el cargo

Recomendaciones Personalizadas

Imc 22.49

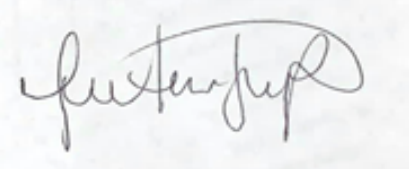
Observaciones

Se recomienda Uso De Elementos De Protección Personal De Acuerdo Al Cargo Establecido Por La Empresa Ademas De Seguir Los Protocolos De Bioseguridad

Realizar Controles Médicos Ocupacionales Periódicos

Consentimiento Informado

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 Gestión de la 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.

Firma Medico		Firma Paciente
		
Maria alejandra jurado ramirez Medico especialista sst Lic. de S.O #: 1623 Registro #: 11/05/2022		Helver pedraza rodriguez CC 1024466411