DANNY MUÑOZ P.
Médico Especialista en Seguridad
y Salud en el Trabajo.
Whatsapp. 3113722707



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 8694

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
26	06	2026	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL INGRESO
DÍA	MES	AÑO	Ciudad	

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

PARTICULAR	PARTICULAR
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)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
GARCIA PIEDRAHITA JHOAN STIVEN	MASCULINO	39 AÑOS 6 MESES 29 DÍAS	C.C (Tipo)	1.118.285.398 (Número)

Cargo
CONTRATISTA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA (APTO)

Observaciones: *NO APLICA*

NO APLICA	PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS
NO APLICA	PARA TRABAJAR EN ALTURAS
NO APLICA	PARA MANIPULAR ALIMENTOS Y CUMPLE CON LOS REQUISITOS

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 MEDICA OCUPACIONAL ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	- USO DE EPP	- HÁBITOS SALUDABLES
	- PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	- FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	- SVE OSTEOMUSCULAR	- DIETA BALANCEADA
		- HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Danny Muñoz P.
Danny Muñoz Piedrahita
MEDICO ESPECIALISTA EN
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
RESOLUCION 6778 FECHA 29/04/19

Firma:

Nombre: MUÑOZ PIEDRAHITA DANNY DARIO

R. M.: 194573 **L.S.O** 077829

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: GARCIA PIEDRAHITA JHOAN STIVEN

C.C: 1.118.285.398