Nit. 900773537-4
Habilitación No DHS677524

Sede Sur
ISO 722
Tel. 379 5951 Cel. 301 788 9281
Carrera 73 # 6-15 Barrio Capri

Sede Norte
ISO 13801
Tel. 348 2061 Cel. 302 344 0266
Calle 44 Norte No 4N- 43 Barrio La Flora

gerencia@grupomedicolaboral.com / www.grupomedicolaboral.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 15.040

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
17 DÍA	12 MES	2020 AÑO	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

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

PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES
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)

COLLAZOS SINISTERRA ANA LISETH	Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres	FEMENINO	28 AÑOS 1 MESES 13 DÍAS	CC (Tipo)	1144063156 (Número)

Cargo: **CONTRATISTA**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CONDICIONES DE SALUD ACORDES CON LOS REQUERIMIENTOS DEL PERFIL DE CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

APTO — SIN PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR

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 CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HÁBITOS SALUDABLES
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

PREVENCIÓN EN FACTORES DE RIESGO BIOMECANICO, ÉNFASIS COLUMNA LUMBOSACRA
USO DE EPP SEGÚN PANORAMA DE RIESGOS DE LA EMPRESA
PAUSAS ACTIVAS SEGÚN POLÍTICA DE LA EMPRESA
PROMOCIÓN DEL EJERCICIO FÍSICO Y BUENOS HÁBITOS DE SALUD

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 mi 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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.*

Médico

Firma: Nit:900.773.537-4

Nombre: SALAZAR HINCAPIE CESAR AUGUSTO

R. M.: 002991 L.S.O.: 1660

Código de Seguridad
T602Z1F15040

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: COLLAZOS SINISTERRA ANA LISETH

CC: 1144063156

Scanned by TapScanner