



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 5.948

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
17	09	2024	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)		
DÍA	MES	AÑO	Ciudad		
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
PARTICULARES CONTADO			SUB RED SUR		
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)					
LINARES URREGO WILMER SNEIDER			Genero	Edad	Documento de Identificación
Apellidos y Nombres			MASCULINO	33 AÑOS 3 MESES 27 DÍAS	CC 1033734600
Carga				Tipo	Número
TECNOLOGO AMBIENTAL					
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL			APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCION		
Observaciones: NO APLICA					
APTO			APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES		
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		✓	VISIOMETRÍA		✓
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTE		USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES	
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
CONTROL VISUAL POR EPS.					
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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.					
Médico			Aspirante o Trabajador		
Dr. Jim Roger Sánchez B. Esp. Salud Ocupacional D.T.O. SALUD OCUPACIONAL					
Firma: _____			Firma: _____		
Nombre: SANCHEZ BENAVIDEZ JIM ROGER			Nombre: LINARES URREGO WILMER SNEIDER		
R. M.: 253781/03 L.S.O.: 026/2019			CC: 1033734600		
			Código de Seguridad M1261S1Y5948		