



Nit: 901.066.615-1
Dirección: Calle 7 No. 7 - 20 Tocancipá, Cundinamarca
Cel: 318 717 4139 - 316 628 2144
e-mail: acrvitallaboralsas@gmail.com
www.acrvitallaboral.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 64.633

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
30 DÍA	05 MES	2024 AÑO	TOCANCIPÁ (CUNDINAMARCA, COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO INGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
INDEPENDIENTE				INDEPENDIENTE			
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)							
BARBOSA MORA CARLOS ANDRES				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	23 AÑOS 2 MESES 0 DÍAS	CC	1003579334
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo TECNICO DE SOPORTE TECNICO Y ENCARGADO DE INVENTAR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO							
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:							
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
				USO DE EPP		HÁBITOS SALUDABLES	
						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: Autorizo al Dr.(a) abajo mencionado de realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El Dr. (a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen. He comprendido y he entendido 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. Informo que las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo a ACR VITAL LABORAL SAS, para que suministre a las personas o entidades contempladas, la información contemplada en este documento, igualmente para que remitan mi historia clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado y entiendo que para ello ACR VITAL LABORAL SAS maneja dicha información acorde a lo contemplado en la ley 1581 de del 2012 de Haveas Data. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior que tales espacios en blanco han sido contemplados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
 Firma: <u>ADRIANA CUY</u> Medico General y Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo RM1997 LSO 25-5985				 Código de Seguridad M705S1Y64633			
Nombre: CUY RIVERA DELIA ADRIANA				Nombre: BARBOSA MORA CARLOS ANDRES			
R. M.: 25-5981 DE 2015 L.S.O.:				CC: 1003579334			