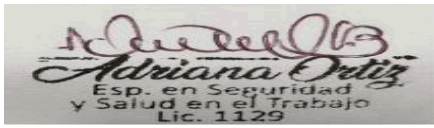
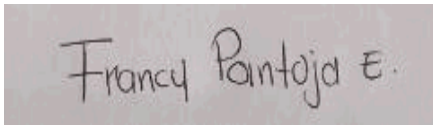




CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 4.219

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
14 DÍA	03 MES	2023 AÑO	PASTO (NARIÑO, COLOMBIA)	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA 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)							
PANTOJA ERASO FRANCY YALIMA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	34 AÑOS 11 MESES 4 DÍAS	CC	1088731861
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo AUXILIAR ADMINISTRATIVO							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SIN RESTRICCIONES							
Observaciones: NO APLICA							
N/A		NO SE EVALUARÁN 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				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
		USO DE EPP : EN FORMA CORRECTA Y SEGURA			HÁBITOS SALUDABLES		
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HACER DEPORTE : 3 VECES EN SEMANA		
		CAPACITACIÓN : SEGÚN CARGO A DESEMPEÑAR			DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
ADHERENCIA A NORMAS DE SGSST DE LA EMPRESA ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.							
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			
 Firma:				 Firma:			
Nombre: ORTIZ GUERRERO ADRIANA CAROLINA				Nombre: PANTOJA ERASO FRANCY YALIMA			
R. M.: 522325 L.S.O.: 1129				Código de Seguridad J496P1V4219			
				CC: 1088731861			