Medic Global Profesional IPS

Nit. 900.835.330-4
Licencia de Salud Ocupacional No 8807
Cel. 3174637477 Tel. 6954649
Calle 161 No16- 33
administracion@medicglobalips.com.co
Bogotá-Colombia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 40.209

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
28 DÍA	10 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL INGRESO

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)

CARREÑO BURGOS IVAN DARIO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	23 AÑOS 3 MESES 19 DÍAS	CC	1001057859
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
GESTOR DOCUMENTAL

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO

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:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
VALORACION POR NUTRICION, DIETA Y EJERCICIO. : CONTROL DE PESO		HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, HIGIENE POSTULAR, PAUSAS ACTIVAS. PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD PARA COVID 19
VALORACION POR MEDICINA GENERAL EN EPS.		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE, HIGIENE POSTURAL.
VALORACION POR NUTRICION.		
ACTIVIDAD FISICA CARDIOVASCULAR.		
CONTROL POR OPTOMETRIA		

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



Firma:

Nombre: GOMEZ ATARA DIANA MARCELA

R. M.: 52817136 **L.S.O.:** 1997 DE 16/02/2017

Código de Seguridad X594D1J40209

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: CARREÑO BURGOS IVAN DARIO

CC: 1001057859