

Certificado de aptitud laboral

Examen medico ocupacional osteomuscular pre-ingreso



Fecha: 14/Jul/2025, Hora: 10:06:34 a.m.

Apellido: LOPEZ BENAVIDES

Tipo Doc: CC

Empresa: PARTICULAR

Emp. Usuaria: PARTICULAR

Cargo: LICENCIADO EN EDUCACIÓN CON ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA

Direccion: CRA 70 F #65-69

Telefono: Celular: 3102356642 Email: Estado Civil: Casado

Ciudad: BOGOTA D.C. - USAQUÉN

Responsable: - Parentesco: - Telefono:

Nombre: LUIS HEVER

Nro Identidad: 79484417

HC: # 40497

Edad: 56 años

Sexo: Masculino ♂

Nacim: 11/Abr/1969

Rh: O+

Exámenes Realizados

☒ Examen medico ocupacional de pre- ingreso

Recomendaciones Especificas

S.V.E.

Estilo de Vida Saludable

- * Dieta balanceada
- * Hábitos de vida saludable

Medicas

Laborales

- * Pausas activas
- * Mantener adecuada higiene postural
- * Uso de epp segun el cargo

Concepto

Apto para el cargo

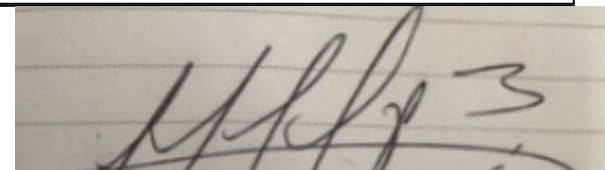
Recomendaciones Personalizadas

Imc:26.37
esquema de vacunacion covid: 3 dosis de pfizer
examen ocupacional anual
uso de tapabocas y los elementos de proteccion personal completos para el cargo, seguir los protocolos de bioseguridad de la empresa contratante. control anual ocupacional, realizar lavados de manos ojala cada hora, mantener distanciamiento social

Observaciones

Consentimiento Informado

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 Gestión de la 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.

Firma Medico		Firma Paciente
		
Maria luisa perez piña Medico especialista sst Lic. de S.O #: 8731 De 22/12/2022 Registro #: 8731		Luis hever lopez benavides CC 79484417