



Dr CARLOS EDUARDO BERNAL SIERRA
Registro N° 110013384301 Nit: 80086785
Habilitado Como Prestador Independiente
Consulta externa intramural y Telemedicina Secretaría de Salud de Bogotá
Dirección: Calle 127 # 19A - 44 Consultorio 609
Cel: 313 218 4279
www.carlosbernal.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 28.696

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL						
07 DÍA	01 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE 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)										
MURGUEITIO VALENCIA JORGE MARIO Apellidos y Nombres				Genero		Edad		Documento de Identificación		
				MASCULINO		52 AÑOS 10 MESES 12 DÍAS		CC		16453603
				Teléfonos				Tipo		Número
Cargo CONTRATISTA										
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)										
Observaciones: NO APLICA										
NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) N/A										
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				✓				-----		
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES				HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
VALORACIÓN POR EPS : VALORACION POR MEDICINA GENERAL ANUAL PREVENTIVA				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL				HABITOS SALUDABLES		
								DIETA BALANCEADA		
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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.										
Médico				Aspirante o Trabajador						
Firma:				Firma:						
Nombre: GIL RAMIREZ DIANA MARCELA				Nombre: MURGUEITIO VALENCIA JORGE MARIO						
R. M.: 86114-2010 L.S.O.: 0683				CC: 16453603						
				Código de Seguridad						
				Q367W1C28696						