# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 10 DÍA | 07 MES | 2026 AÑO | BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| PARTICULARES | PARTICULARES |

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| Apellidos y Nombres | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| JOVEN PEDRIGON ALEXANDER | MASCULINO | 39 AÑOS | CC (Tipo) | 1031124273 (Número) |

Cargo
**MEDICO ESPECIALISTA**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**APTO SIN RESTRICCIONES**

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:**

| | |
|---|---|
| CONSULTA LABORAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR ✓ | ---------- |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO | SVE VISUAL | HABITOS SALUDABLES |
| AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO | SVE AUDITIVO | FORTALECIMIENTO MUSCULAR |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| | SVE OSTEOMUSCULAR | 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 mi 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**

Firma: G Guerrero

Nombre: ANGELICA YOHANNA GUERRERO T

R. M.: 60-1558

**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: JOVEN PEDRIGON ALEXANDER

CC: 1031124273