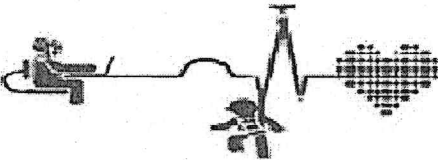


DANNY MUÑOZ P.

Médico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo.

Whatsapp. 3113722707



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7221

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
27	12	2025	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL INGRESO			
DÍA	MES	AÑO	Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULAR				PARTICULAR			
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)							
HOYOS CORTES JUAN FELIPE Apellidos y Nombres				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	25 AÑOS 0 MESES 7 DÍAS	C.C	1.005.890.584
						Tipo	Número
Cargo CONTRATISTA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA (APTO)							
Observaciones: NO APLICA							
NO APLICA		PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS					
NO APLICA		PARA TRABAJAR EN ALTURAS					
NO APLICA		PARA MANIPULAR ALIMENTOS Y CUMPLE CON LOS REQUISITOS					
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 MEDICA OCUPACIONAL ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR							
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
- CONTINUAR CONTROL POR OPTOMETRIA.CADA AÑO		- USO DE EPP			- HÁBITOS SALUDABLES		
		- PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			- FORTALECIMIENTO MUSCULAR		
		- SVE OSTEOMUSCULAR			- DIETA BALANCEADA		
		- SVE VISUAL			- HACER DEPORTE		
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: MUÑOZ PIEDRAHITA DANNY DARIO				Nombre: HOYOS CORTES JUAN FELIPE			
R. M.: 194573 L.S.O.: 077829				C.C: 1.005.890.584			