



CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO
INFORMACIÓN GENERAL

Empresa usuaria:	PARTICULAR	Misión en:	
Sector Económico:	NO DEFINIDA	N. de hijos:	2
Nombre Del Trabajador:	CARLOS JULIO PALACIOS RAMIREZ	Edad:	43
Documento:	CC - 79819241	Género:	MASCULINO
Estado civil:	UNION LIBRE	Teléfono:	3142287453
Ocupación:	CONDUCTOR	Municipio:	BOGOTA D.C. (SANTA FE DE BOGOTA D.C.)
Escolaridad:	Secundaria	AFP:	PROTECCION
Dirección:	TRANV 3D A 60 72 SUR	ARL:	NO DEFINIDA
EPS:	SALUD TOTAL		

Dentro del examen médico ocupacional realizado, se incluyó una valoración de pruebas complementarias para Sistema de Vigilancia Epidemiológica Ocupacional, las cuales se encuentran entre los Rangos Aceptables Cumpliendo con los Lineamientos de su Énfasis Laboral.

CERTIFICADO DEL TRABAJADOR

ENFASIS DE EXAMEN OCUPACIONAL DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el examen médico ocupacional se realiza en condiciones de reposo y está enfocado en una revisión, buscando patologías activas o secuelas osteomusculares, extremidades y columna (conforme a la Resolución 1843 de 2025, Artículo 9° del Ministerio de Salud y protección Social), después de su evaluación ocupacional, se concluye que: **NO PRESENTA RESTRICCIÓN OSTEOMUSCULAR AL MOMENTO DEL EXAMEN OCUPACIONAL REALIZADO.**

Próxima valoración ocupacional:

Remisión EPS : **NO**

Remisión ARL : **NO**

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 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.

JOSE GERARDO GUZMAN ROMANO
Medico Esp. Gerencia SST
Reg. Med. 72173322
Lic. SST 3508 de 19/07/2022

JOSE GERARDO GUZMAN ROMANO

Registro Médico : 72173322 Licencia S.O. 3508 DE 19-07-2022

Medico Especialista en Salud Ocupacional

CARLOS JULIO PALACIOS RAMIREZ

CC - 79819241