Dr. Edgard Bonett

Médico Especialista en Salud Ocupacional

NIT: 90133593-6

Cel: 310 214 7134 E-mail: drbonett@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.980

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
28 DÍA	01 MES	2026 AÑO	**Ocaña (Norte de Santander, COLOMBIA)** Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO**

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

ALCALDIA DE TEORAMA	**APOYO A LA GESTIÓN**
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)

KEVIN ANGARITA PEINADO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	25 AÑOS	CC	1093502690
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo

APOYO ACTIVIDADES DEPORTIVAS

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS	**SI**

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 ✓	EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**	**HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES**
	USO DE EPP	
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma: DR. EDGAR BONETT S. MÉDICO CIRUJANO Especialista en Salud Ocupacional R.M. 001466/ Lic. 3115

Nombre: BONETT EDGARD

R. M.: 001466 **L.S.O.:** 3115

Código de Seguridad

J195P1V1980

Aspirante o Trabajador

Firma: KEVIN ANGARITA PEINADO

Nombre: KEVIN ANGARITA PEINADO

CC: 1093502690