CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
25 DÍA	01 MES	2024 AÑO	LA CALERA (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO INGRESO

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

ALCALDIA MUNICIPAL DE LA CALERA	INDEPENDIENTE
EMPRESA CONTRATANTE	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)

SAID SEGUNDO ARIAS BELTRAN	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	67 AÑOS	CC	19.271.048
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo

APOYO A LA GESTION EN LA UNIDAD DE RECURSOS FISICOS/ALMACEN

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO, SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

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:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
Continuar control de hipertensión cada 3 meses en eps.	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO ANUAL

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: Autorizo al Dra..Diana Marcela Rodríguez Garzón de realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. La Dra abajo mencionada me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen. He comprendido y he entendido 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. Informo que las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas.

Autorizo a la Dra. Diana Marcela Rodríguez Garzón para que suministre a las personas o entidades, la información contemplada en este documento a las personas o entidades contempladas en la legislación para el buen cumplimiento del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo comprometiéndome a cumplir con las recomendaciones dadas. Este certificado se expide con base a la historia clínica del paciente estando informado que el profesional abajo firmante tendrá en custodia mi historia clínica de acuerdo a lo estipulado en el artículo 2 de la Resolución 1818 de 2009, es un documento privado y sometido a la reserva del prestador de servicios de salud Según resolución 2346 de 2007 del ministerio de salud decreto 2174 de 1996 y resolución 1918 del 2009.

Médico

Dra. Marcela Rodriguez G
Esp. Seguridad y salud en el trabajo
RM 071167027
Res. SST. 9164 /2023

Firma:

Nombre: DIANA MARCELA RODRIGUEZ GARZON
R. M.: 9164 / 2023

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre:
CC: