DRA. LIZ BEATRIZ DAZA ZAER

Medico y Cirujano

Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo

Carrera 3 Numero 11-58 Barrio San Francisco Bolivar Cauca - Colombia
Cel. 322 717 7089 - Tel 8273257 - E-mail: boderec1@yahoo.com

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 10,583

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
30 DIA	09 MES	2026 AÑO	BOLIVAR (CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES

CIIU (Actividad Económica) del empleador: SIN REGISTRAR

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	Género	Edad	Documento de Identificación	
GOMEZ MENESES KAROL ADRIANA	FEMENINO	18 AÑOS 9 MESES 23 DIAS	CC (Tipo)	1058968329 (Número)

Cargo: CONTRATISTA

EPS	AFP	ARL
NUEVA EPS	NO SABE	NO SABE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

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

Observaciones: *NO APLICA*

NO APLICA	APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS
NO APLICA	APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS
NO APLICA	CUMPLE CON LOS REQUISITOS Y ES APTO PARA 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:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL CAPACITACIÓN	HÁBITOS SALUDABLES FORTALECIMIENTO MUSCULAR

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

Firma: Liz B. Daza Zaer

Nombre: CC. 36558376 - LIZ BEATRIZ DAZA

R. M.: 47-2746/96 L.S.O.: 00920-02-2018

Código de Seguridad: N187T1Z10583

Aspirante o Trabajador

Firma: Karol Adriana Gómez

Nombre: GOMEZ MENESES KAROL ADRIANA

CC: 1058968329

Software para el sector salud - www.bisalta.com.co