Nit. 900672612-5
Tel.(7)6797979, 6388394, 3165272437
Calle 158#20-95, Piso 8, Consultorio 806
atencionalusuario@fundacionclinica.com



HC # 1102549959

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
DÍA	MES	AÑO	Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL INGRESO**
22	**4**	**2025**	**ZAPATOCA (SANTANDER)**	

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE	
Nombre de la empresa	Empresa en misión
ALCALDIA MUNICIPAL DE ZAPATOCA	**ALCALDIA MUNICIPAL DE ZAPATOCA**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cédula de Ciudadanía, CE. Cédula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
			Tipo	Número
RUEDA SUAREZ VILMA LICCINIA	**FEMENINO**	**27 AÑOS, 10 MESES, 6 DIAS**	**CC**	**1102549959**

Cargo
INGENIERO CIVIL
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones	-

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)
LIMITACIONES O RESTRICCIONES LABORALES
SIN RESTRICCIONES LABORALES
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados
Énfasis Osteomuscular **EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL**
RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
-
RECOMENDACIONES MÉDICAS
-
RECOMENDACIONES OCUPACIONALES
-
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES SOCIALIZADAS AL PACIENTE
HIGIENEE POSTURAL PAUSAS ACTIVAS ACTIVIDAD FISICA REGULAR ALIMENTACION SALUDABLE

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		Aspirante o Trabajador
		
KAREN FORESTIERI PEREZ **R.M. RESOLUCIÓN589**	Código de Seguridad	**VILMA LICCINIA RUEDA SUAREZ** **CC 1102549959**