Orden: 1956

GUSTAVO ANDRES MONTOYA

Nit 1130596347-1

Dirección: Cara 4 2E45 La Esperanza

Teléfonos: 3206877805

Email: ta.v.omontoya1023@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Fecha y ciudad de realización del examen				Tipo de Examen médico ocupacional
11	9	2025	CARTAGO	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO
Día	Mes	Año	Ciudad	

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL COLABORADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES

Empresa

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

Nombres y Apellidos	Género	Edad	Documento de Identificación	
DANIELA . FRANCO HERNANDEZ	FEMENINO	26 Años	CC	1112794518
			Tipo	Número

EPS	SANITAS	AFP	PROTECCION	ARL	

Cargo

CONTRATISTA

Concepto Aptitud Ocupacional

APTO CON RECOMENDACIONES

Exposición a riesgos

Riesgos Físicos: ☐	**Riesgos Químicos:** ☐	**Riesgos Psicosociales:** ☐	**Riesgos Biomécanicos:** ☒
Riesgos Biológicos: ☐	**Condiciones de seguridad:** ☐	**Fenómenos naturales:** ☐	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE
	- UTILIZAR TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGÚN LA LABOR - HIGIENE POSTURAL CON ENFASIS EN COLUMNA VERTEBRAL Y EXTREMIDADES - PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS DE DURACION ENTRE 5 A 10 MINUTOS - CONTROL ANUAL CON MEDICINA LABORAL	ACTIVIDAD FISICA AL MENOS 3 A 4 VECES POR SEMANA

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.

Acepto: ☒

MÉDICO:

Gustavo Andrés Montoya C.
Médico Cirujano - U Libre
R.M 76-0436 / LPSST 563-21

Firma

Nombre GUSTAVO ANDRES MONTOYA

RM: 760436

Colaborador o Aspirante:

Firma

Nombre DANIELA . FRANCO HERNANDEZ

Cédula 1112794518