NIT: 900451.870-0
Resolución N° 6737 de 20/06/2012
Calle 16 N° 39 72, Villavicencio, Meta
www.grupolaboralvcio.co – Email: asesoresvcio@grupolaboral.co

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 22416

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
24 DÍA	**12** MES	**2025** AÑO	**VILLAVICENCIO - META, COLOMBIA** Ciudad	**EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO**

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

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	**N.A.**
Nombre de la empresa solicitante	**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)

RONDON PEÑA CIRLEY	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENIINO	42 AÑOS	CC	52955790
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Perfil – Profesión – Cargo:
PROFESIONAL ESPECIALISTA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Observaciones: NO APLICA

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
NINGUNA	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

CONSULTA MEDICA OCUPACIONAL ✓	- - - - - - - - - - - - - - - - - - -

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA

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.

PROFESIONAL QUE EVALÚA:
BRICEÑO TORRES DIANA PAOLA
MÉDICA ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
R.M. 84396

