Dr. WILLIAM GÓMEZ
UNIDAD MÉDICA
TU SALUD EN NUESTRAS MANOS

NIT. 19.427.943
Carrera 9 N° 16-49 Barrio San José
Cel. 300 303 1361 - 300 550 6899 - Tel. 605-7261795
E-mail. unidadmedicadr.williamgomez@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 6.065

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
25 DÍA	06 MES	2024 AÑO	MAICAO (LA GUAJIRA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

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

ALCALDIA MUNICIPAL DE MAICAO	ALCALDIA MUNICIPAL DE MAICAO
Nombre de la empresa	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)

DE ARMAS CHARRIS YULISETH PAOLA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	27 AÑOS 8 MESES 18 DÍAS	CC	1124063799
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
ADMINISTRATIVO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIONES

Observaciones: *NO PRESENTA ALTERACION NI FISICA NI MENTAL*

CUMPLE	PARA LABORAR COMO APOYO ADMINISTRATIVO

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 PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL CAPACITACIÓN	HABITOS SALUDABLES

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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: GOMEZ CIFUENTES WILLIAM ALBERTO

R. M.: 16109 L.S.O.: 8207

Código de Seguridad
W1193C1I6065

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: DE ARMAS CHARRIS YULISETH PAOLA

CC: 1124063799