



SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL S.A.S.

COLABORADORES SANOS, EMPRESAS MÁS PRODUCTIVAS

Barranquilla, Colombia

www.ssobq.com



Nº 26.051

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
17	02	2020	BARRANQUILLA (ATLÁNTICO, COLOMBIA)	EVALUACION OCUPACIONAL INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR			
DÍA	MES	AÑO	Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL COLABORADOR O ASPIRANTE							
PARTICULARES				PARTICULARES			
Empresa contratante				Empresa en misión			
DATOS DEL COLABORADOR / ASPIRANTE (Tipo de documento de identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
GONZALEZ DIAZ LISETH				Género	Edad	Documento de identificación	
				FEMENINO	33 AÑOS	CC	1129570125
Apellidos y nombres						Tipo	Número
Carga						Peso	Talla
PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES						80,00 kg	168 cm
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO							
Observaciones: NO APLICA							
N/A		NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (alturas, espacios confinados, 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:							
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		HABITOS SALUDABLES	
						CONTROL DE PESO	
						HACER DEPORTE	
						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
Consentimiento informado del Aspirante o Colaborador: 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				Aspirante o Colaborador			
Firma:				Firma:			
Nombre: CORDOBA VILLALBA JESUS BENITO				Nombre: GONZALEZ DIAZ LISETH			
R. M.: 8118209 L.S.O.: 4024				CC: 1129570125			
				Código de Seguridad D493J1P26051			