

CERTISALUD



NIT. 900.547.235-7

Carrera 7 N° 8 - 22 Piedecuesta, Santander - Colombia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 3.760

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
08 DIA	05 MES	2024 AÑO	PIEDECUESTA (SANTANDER, COLOMBIA)		EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	
			Ciudad			
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE						
PARTICULARES CONTADO			NO APLICA			
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)						
GOMEZ ZAMBRANO NESTOR			Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres			MASCULINO	56 AÑOS	CC	91257003
					Tipo	Número
Carga CONDUCTOR						
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)						
Observaciones: NO APLICA						
NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)						N/A
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		HABITOS SALUDABLES		
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		FORTALECIMIENTO MUSCULAR		
		CAPACITACIÓN		CONTROL DE PESO		
		OTROS : RECOMENDACIONES COVID		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA		
				HACER DEPORTE		
				DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES						
<p>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 verdícas. 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 en las de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.</p>						
Médico			Aspirante o Trabajador			
Dr. Walter E. Gutiérrez P. Médico Cirujano R.M. 1462 UNILIBRE						
Firma: _____			Firma: _____			
Nombre: GUTIERREZ PEREZ WALTER ENRIQUE			Nombre: GOMEZ ZAMBRANO NESTOR			
R.M.: 1377/1990 I.S.O.: 07506			CC: 91257003			

Cra. 7 No. 8-22 Piedecuesta

Tel: 6913422 Cel: 314 418 8271

certisalud45@gmail.com