



LECMAC MEDIC SAS

NIT: 901.330.589-1

Dir: Cra 41 B # 9 -11

Cel: 316 752 9642

Valide su certificado en www.lecmacips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL							
15 DÍA	11 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA)	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE PRE INGRESO - ALTURAS							
Ciudad											
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE											
STREET COMPANY SAS NIT: 901823913-1											
Nombre de la empresa											
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de identidad, PT. Pasaporte)											
CALLE SAMIENTO JULIAN EDUARDO				Genero		Edad		Documento de Identificación			
				Masculino		24 Años		CC	1000383611		
Apellidos y Nombres						Tipo		Número			
Cargo				INGENIERO							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL											
APTO SIN RECOMENDACIONES PARA LA OCUPACION											
Observaciones: No Aplica											
APTO PARA MANEJAR											
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES DE APTITUD					
NINGUNA				PERMANENTE		NINGUNA					
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:											
EVALUACIÓN OCUPACIONAL				✓		AUDIOMETRIA				✓	
VISIOMETRIA				✓		PERFIL LIPIDICO				✓	
GLICEMIA				✓		PSICOSENSOMETRICO				✓	
OSTEOMUSCULAR				✓							
RECOMENDACIONES MEDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES				HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES			
NINGUNA				USO DE EPP, BUEN USO DEL VEHICULO AIGNADO				EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE			
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES											
<ul style="list-style-type: none">- realizar pausas activas según cronograma de la empresa.- controles periódicos ocupacionales.- cumplir con las normas de SGSST. para prevención de accidentes y enfermedad laboral.- uso de EPP obligatorio laboral y extra laboralmente cumplimiento con las normas de bioseguridad de la empresa.- dieta rica en frutas y verduras, baja en harinas y grasas de origen animal.- realizar actividad física durante 30 -minutos al menos 4 - 5 veces/ semana. buena hidratación.											
<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 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.</p>											
MÉDICO				Aspirante o Trabajador							
											
Firma:				Firma:							
Nombre: TAYDE AVILA GARCIA				Nombre: CALLE SAMIENTO JULIAN EDUARDO							
R.M.: 32716395 L.S.O.: 3274-2022				CC 1000383611							