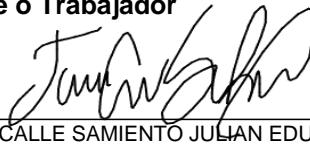




CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
15 DÍA	11 MES	2025 AÑO	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE PRE INGRESO - ALTURAS		
BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C. COLOMBIA)			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 Extranjeria, 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			HABITOS 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 SGSSST. 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			
 Tayde Avila Garcia MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL LIC. # 3274-2022		 CALLE SAMIENTO JULIAN EDUARDO Firma: _____ Nombre: _____ CC: 1000383611			
Firma: _____ Nombre: TAYDE AVILA GARCIA R.M.: 32716395 L.S.O.: 3274-2022					