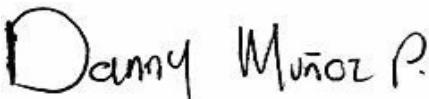


DANNY MUÑOZ P.Médico especialista en seguridad
y salud en el trabajo.

Nº 1338

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL INGRESO			
17 DÍA	09 MES	2021 AÑO				
YUMBO (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA)			Ciudad			
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE						
PARTICULAR			PARTICULAR			
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)						
PATIÑO BOHÓRQUEZ JONATHAN			Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres			MASCULINO	34 AÑOS 5 MESES 5 DÍAS	CC	1.130.634.002
					Tipo	Número
Cargo CONTRATISTA						
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA						
Observaciones: NO APLICA						
NO APLICA	PARA MANIPULAR ALIMENTOS Y CUMPLE CON LOS REQUISITOS					
NO APLICA	PARA TRABAJAR EN ALTURAS					
NO APLICA	PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS					
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 MEDICA OCUPACIONAL			✓	-----		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
- CONTROL POR OPTOMETRÍA CADA AÑO		- USO DE EPP - PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL - SVE OSTEOMUSCULAR			- HÁBITOS SALUDABLES - FORTALECIMIENTO MUSCULAR - ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA - HACER DEPORTE - DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES						
-CONTINUAR CON LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD. - CONTROL POR OPTOMETRÍA CADA AÑO						
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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.						
Médico			Aspirante o Trabajador			
Firma: 			Firma: _____			
Nombre: MUÑOZ PIEDRAHITA DANNY DARIO			Nombre: PATIÑO BOHÓRQUEZ JONATHAN			
R. M.: 194573			L.S.O.: 077829			
CC: 1.130.634.002						