



Nit. 900773537-4  
Habilitación No DHS677524

Sede Sur  
ISO 722  
Tel. 379 5951 Cel. 301 788 9281  
Carrera 73 # 6-15 Barrio Capri  
gerencia@grupomedicolaboral.com / www.grupomedicolaboral.com

Sede Norte  
ISO 13801  
Tel. 348 2061 Cel. 302 344 0266  
Calle 44 Norte No 4N- 43 Barrio La Flora



## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 31.204

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
04 DÍA	08 MES	2022 AÑO	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULARES CONTADO				PARTICULARES			
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)							
ALEGRIA JIMENEZ WILMER ALEXIS				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	45 AÑOS 6 MESES 23 DÍAS	CC	94490954
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo <b>SUPERVISOR</b>							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL <b>CONDICIONES DE SALUD ACORDES CON LOS REQUERIMIENTOS DEL PERFIL DE CARGO</b>							
Observaciones: NO APLICA							
APTO				SIN PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR			
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 CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTE		USO DE EPP			HÁBITOS SALUDABLES		
		SVE VISUAL			CONTROL DE PESO		
		SVE CARDIOVASCULAR			HACER DEPORTE		
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			DIETA BALANCEADA		
		SVE OSTEOMUSCULAR					
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
SEGUIR PROTOCOLOS DE SALUD Y SEGURIDAD LABORAL DE LA EMPRESA.							
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.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
Firma:				Firma:			
Nombre: YEPES BENAVIDES MARISOL				Nombre: ALEGRIA JIMENEZ WILMER ALEXIS			
R. M.: 27086875 L.S.O.: 2038/2014				CC: 94490954			
				Código de Seguridad <b>P602V1B31204</b>			