

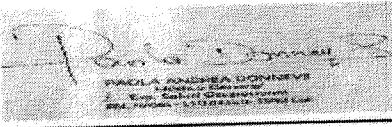
**GRUPO SIGDE S.A.S**

NIT. 901.461.460-0

Av. 2 D norte # 24 N - 138 B/ San Vicente
Tel. 661 55 30 - 668 71 57 - 668 71 58 - Cel. 3008223003 - E-mail: Gerencia@gruposigde.com
www.gruposigde.com

**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL**

Nº 6.744

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL																											
03 DÍA	11 MES	2023 AÑO	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO																											
Ciudad																															
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE																															
PARTICULARES CONTADO				PARTICULARES																											
Nombre de la empresa				Empresa usuaria																											
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cédula de Ciudadanía, CE, Cédula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PI, Pasaporte)																															
JIMENEZ SAUL DAVID				Genero	Edad	Documento de Identificación																									
Apellidos y Nombres				MASCULINO	46 AÑOS 11 MESES 8 DÍAS	CC	94495195 Tipo Número																								
Cargo CONTRATISTA																															
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO CON CONDICIONES QUE NO INTERVIENEN CON EL TRABAJO A REALIZAR																															
Observaciones: NO APLICA																															
N/A NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)																															
RESTRICCIONES LABORALES SIN RESTRICCIONES LABORALES				TIPO NO APLICA	RECOMENDACIONES NO APLICA																										
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:																															
<table border="1"><tr><td colspan="2">EVALUACION MÉDICO OCUPACIONAL</td><td>✓</td><td colspan="5">-----</td></tr><tr><td colspan="2">RECOMENDACIONES MÉDICAS</td><td colspan="3">RECOMENDACIONES OCUPACIONALES</td><td colspan="3">HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES</td></tr><tr><td colspan="2">VALORACIÓN POR EPS: NUTRICIÓN</td><td colspan="3"></td><td colspan="3">HABITOS SALUDABLES CONTROL DE PESO ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA HACER DEPORTE DIETA BALANCEADA</td></tr></table>								EVALUACION MÉDICO OCUPACIONAL		✓	-----					RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES			VALORACIÓN POR EPS: NUTRICIÓN					HABITOS SALUDABLES CONTROL DE PESO ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA HACER DEPORTE DIETA BALANCEADA		
EVALUACION MÉDICO OCUPACIONAL		✓	-----																												
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES																										
VALORACIÓN POR EPS: NUTRICIÓN					HABITOS SALUDABLES CONTROL DE PESO ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA HACER DEPORTE DIETA BALANCEADA																										
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES																															
NIEGA ENCONTRARSE EN PROCESOS DE CALIFICACIÓN DE ENFERMEDAD LABORAL Y/O ENFERMEDAD COMÚN POR EPS Y/O ARL, NIEGA CALIFICACIONES PREVIAS POR PCL, NIEGA PRESENTAR RESTRICCIONES MÉDICAS LABORALES																															
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: DONNEYS LEON PAOLA ANDREA				Nombre: JIMENEZ SAUL DAVID																											
																															