



**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL**

N° 979

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
26 DÍA	12 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)		
			EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO		
			Ciudad		
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
PARTICULARES CONTADO			ALCALDIA DE ANTONIO NARIÑO		
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)					
WILLINGTON PIRA RODRIGUEZ			Genero	Edad	Documento de Identificación
Apellidos y Nombres			MASCULINO	48 AÑOS 3 MESES 13 DÍAS	CC 79714796
Carga					Tipo Número
CONDUCTOR					
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL			APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCION		
Observaciones: NO APLICA					
APTO			APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES		
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO	RECOMENDACIONES		
SIN RESTRICCIONES LABORALES		NO APLICA	NO APLICA		
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:					
CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL INGRESO					
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL PERMANENTE OBLIGATORIA		USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES	
		SVE VISUAL		CONTROL DE PESO	
		SVE CARDIOVASCULAR			
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
CONTROL MEDICO NUTRICIONAL POR EPS					
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		
 <b>Dr. Jim Roger Sánchez B.</b> Esp. Salud Ocupacional L.S.O. 026/2019 D.T.O. SALUD OCUPACIONAL			  <b>WILLINGTON PIRA RODRIGUEZ</b>		
Firma:			Firma:		
Nombre: SANCHEZ BENAVIDEZ JIM ROGER			Nombre: WILLINGTON PIRA RODRIGUEZ		
R. M.: 293701/03			CC: 79714796		
L.S.O.: 026/2019			Código de Seguridad		
			A1261G1M979		