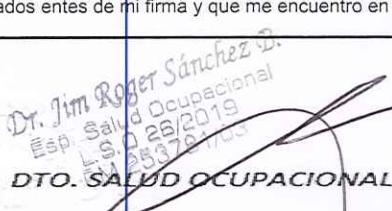
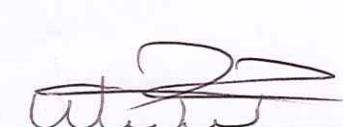




CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 979

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
26 DÍA	12 MES	2023 AÑO	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO			
			Ciudad			
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ 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
Tipo Número						
Cargo CONDUCTOR						
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCIÓN						
Observaciones: NO APLICA						
APTO		APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES				
RESTRICCIONES LABORALES SIN RESTRICCIONES LABORALES			TIPO NO APLICA	RECOMENDACIONES NO APLICA		
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:						
CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL INGRESO		<input checked="" type="checkbox"/> ----- RECOMENDACIONES MÉDICAS				
USAR CORRECCIÓN VISUAL: PERMANENTE OBLIGATORIA		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES USO DE EPP SVE VISUAL SVE CARDIOVASCULAR PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES HABITOS SALUDABLES CONTROL DE PESO	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES						
CONTROL MEDICO NUTRICIONAL POR EPS						
<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				
 DTO. SALUD OCUPACIONAL		 				
Firma:		Firma:				
Nombre: SANCHEZ BENAVIDEZ JIM ROGER		Nombre: WILLINGTON PIRA RODRIGUEZ				
R. M.: 293701/03		L.S.O.: 026/2019		Código de Seguridad		CC: 79714796
				A1261G1M979		