

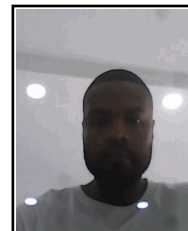
**GRUPO MÉDICO LABORAL I.P.S**

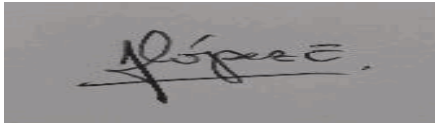
Nit: 900773537 - 4
Habilitación No DHS677524
ISO 722

Cel: 3905993 - 3023441919 - 3135629847

Dirección: Carrera 73 # 6 - 15 Barrio Capri

Correo: gerencia@grupomedicolaboral.com - Web: www.grupomedicolaboral.com

**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL****N° 41.932**

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL					
02 DÍA	08 MES	2023 AÑO	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO					
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)									
SINISTERRA ERAZO LUIS FERNANDO				Genero		Edad		Documento de Identificación	
				MASCULINO		33 AÑOS 5 MESES 0 DÍAS		CC 1144035686	
Apellidos y Nombres						Tipo		Número	
Cargos									
TECNICO OPERATIVO									
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL									
CONDICIONES DE SALUD ACORDES CON LOS REQUERIMIENTOS DEL PERFIL DE CARGO									
Observaciones: NO APLICA									
N/A		NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)							
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		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES			
				USO DE EPP					
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES									
PROPENDER POR HABITOS DE VIDA SALUDABLES (DIETA Y EJERCICIO CARDIOVASCULAR REGULAR)- REALIZAR PAUSAS ACTIVAS C/2 HORAS- USAR EPP ACORDE A LOS RIESGOS OCUPACIONALES- PROMOVER EL AUTOCUIDADO, LA SEGURIDAD PROACTIVA Y LA HIGIENE POSTURAL- INCLUIR EN EL SVE DE ACUERDO A LA MATRIZ DE RIESGOS OCUPACIONALES-									
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: LOPEZ ECHEVERRI JAVIER FRANCISCO				Nombre: SINISTERRA ERAZO LUIS FERNANDO					
R. M.: 9257				L.S.O.: 0122					
				Código de Seguridad					
				T602Z1F41932					
				CC: 1144035686					