



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 18.685

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
17 DÍA	01 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				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)							
OROZCO MANJARRES RAMON DANIEL				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	32 AÑOS 8 MESES 2 DÍAS	CC	1020752420
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargos MEDICO INTERNISTA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL EXAMEN DE INGRESO CON RECOMENDACIONES.							
Observaciones: NO APLICA							
NO APLICA		PARA MANIPULAR ALIMENTOS CUMPLIENDO CON LOS REQUISITOS					
NO APLICA		PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE CONDUCTOR					
NO APLICA		PARA TRABAJAR EN ALTURAS					
NO APLICA		PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS					
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
USAR CORRECCIÓN VISUAL		SVE VISUAL			HÁBITOS SALUDABLES		
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			FORTALECIMIENTO MUSCULAR		
					CONTROL DE PESO		
					ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA		
					DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
RECUERDE REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS, MANTENGA MEDIDAS DE HIGIENE POSTURAL. SE RECOMIENDA CONTROL PERIÓDICO EN EPS. REALIZAR AUTOEXAMEN TESTICULAR, ANTIGENO PROSTATICO DESDE LOS 50 AÑOS. ACTIVIDAD FISICA FRECUENTE. SEGUIMIENTO POR OPTOMETRIA.							
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: ORTIZ VIVIESCAS JOHN EDINSON				Nombre: OROZCO MANJARRES RAMON DANIEL			
							

R. M.: 1100952068 L.S.O.: 8048 DE 29/11/2022 Código de Seguridad CC: 1020752420

J1020P1V18685