



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 150.863

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
02 DÍA	03 MES	2024 AÑO	INGRESO		
Cali (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA)					
Ciudad					
DATOS DE LA EMPRESA					
PARTICULAR 2024 - SINC - ADESC - CONTADO - INTRA			PARTICULARES		
Nombre del acuerdo comercial			Empresa		
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)					
MORERA CEDEÑO WILSON			Genero	Edad	Documento de Identificación
Apellidos y Nombres			MASCULINO	54 AÑOS 11 MESES 16 DÍAS	CC 16768712
Cargo			Tipo Número		
CONTRATISTA					
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL					
SIN RESTRICCIONES PARA EL 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:					
EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR		✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
		USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES	
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		FORTALECIMIENTO MUSCULAR	
				ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
				HACER DEPORTE	
				DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
1.APLICAR NORMAS UNIVERSALES DE BIOSEGURIDAD, NORMAS DE HIGIENE POSTURAL, SEGURIDAD Y AUTOCUIDADO. 2.ACATAR LINEAMIENTOS Y DIRECTRICES DEL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA. 3.APLICAR ADECUADO MANEJO DE CARGAS Y BIOMECANICA CORPORAL. 4.PRACTICAR ESTILOS DE VIDA SALUDABLE					
Consentimiento Informado: "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. En caso de necesitar exámenes de laboratorio para complementar mi historia clínica, autorizo al laboratorio clínico de la IPS Ocupacional Santa Clara SAS a realizar la toma de las muestras necesarias para su realización. 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

Firma: 
Médico Especialista en
Medicina General
C.C. 860494

Nombre: HERNANDEZ RODRIGUEZ JULIAN ANDRES

M.: 860494

L.S.O.: 234812



Código de Seguridad
T703Z1F150863

Aspirante o Trabajador

Firma: 

Nombre: MORERA CEDEÑO WILSON

CC: 16768712