




## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

**N° 1.743**

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
19 DÍA	02 MES	2020 AÑO	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA)	<b>EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO</b>			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
EXCAVACIONES CORREA MEJIA SAS - CONV1 - ASE3 - CONTADO - INTRA				EXCAVACIONES CORREA MEJIA SAS			
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)							
UNIGARRO MARTINEZ ALEJANDRO HUMBERTO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	47 AÑOS 2 MESES 28 DÍAS	CC	94419052
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo <b>CONDUCTOR</b>							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL <b>APTO CON ALTERACIONES QUE NO AFECTAN SU DESEMPEÑO LABORAL</b>							
Observaciones: <b>NO APLICA</b>							
<b>APTO</b>				PARA CONDUCTOR			
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA	
<b>El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:</b>							
AUDIOMETRIA				OPTOMETRIA			
ESPIROMETRIA				PRUEBA PSICOMOTORA			
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR				-----			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
VALORACIÓN POR EPS : NUTRICIÓN				USO DE EPP		HÁBITOS SALUDABLES	
						CONTROL DE PESO	
						ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
						DIETA BALANCEADA	
<b>OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES</b>							
VALORACIÓN POR NUTRICIÓN EPS, ASISTIR A PROGRAMA DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD DE EPS, CUMPLIR CON EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA. DEPORTE/EJERCICIO.							
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.							
<b>Médico</b>				<b>Aspirante o Trabajador</b>			
 <b>Firma:</b> _____ <b>Nombre:</b> HENAO VEIZAGA VERONICA <b>R. M.:</b> 522453-2012 <b>L.S.O.:</b> 072-2018				 <b>Código de Seguridad</b> <b>D703J1P1743</b>			
				 <b>Firma:</b> _____ <b>Nombre:</b> UNIGARRO MARTINEZ ALEJANDRO HUMBERTO <b>CC:</b> 94419052			

