


CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL
N° 68.897

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
25 DÍA	08 MES	2022 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA)	EMO EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	
Ciudad					
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
FORTALEZA TEMP JOB PLUS S.A.S			FORTALEZA TEMP JOB PLUS S.A.S- BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA)		
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)					
QUIROZ MARTINEZ MERITHZA ESTHER			Genero	Edad	Documento de Identificación
Apellidos y Nombres			FEMENINO	40 AÑOS 5 MESES 4 DÍAS	CC 36573538
Carga					
ASISTENTE DE GERENCIA					
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL					
APTO SIN RESTRICCIONES LABORALES					
Observaciones: NO APLICA					
N/A			NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)		
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO	VIGENCIA	RECOMENDACIONES	
NO APLICA		NO APLICA	NO REFIERE	NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:					
EMO EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR			✓		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
		USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES	
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		CONTROL DE PESO : SOBREPESO	
				HACER DEPORTE	
				DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
PACIENTE APTO SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO. ESTILO DE VIDA SALUDABLE, REALIZACIÓN DE PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL. CONTROL DE PESO. CUMPLIR CON LAS NORMAS ESTABLECIDAS Y PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA.					
MEDIDAS PREVENTIVAS COVID 19: USO DE TAPABOCAS Y LAVADO FRECUENTE DE MANOS					
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: _____ Nombre: MENDOZA GONZALEZ LUIS FRANCISCO R. M.: 1098743821 L.S.O.: 10082			  Firma: _____ Nombre: QUIROZ MARTINEZ MERITHZA ESTHER CC: 36573538		
Código de Seguridad			CC: 36573538		
W99C1168897					
SEDE: PRINCIPAL CARRERA 29 #40-44					