CLINISALUD
ATENCION PREFERENCIAL CON CALIDAD HUMANA
NIT - 900.221.165-1
Socorro - Calle 13 No. 14-50 - Tel. 7273595-7275685 - Cel 3164708142 - 3164708139
San Gil - Calle 16 No. 9-76 - esquina Tel. 7240006 - Cel. 3188272062
Charalá - Calle 24 No. 15-19 - Tel. 7258760 - Cel. 3174330054
Mogotes - Carrera 9 No. 5-34



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 4.483

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
25 DÍA	01 MES	2023 AÑO	SOCORRO (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES CONTADO	FUERZA AEREA COLOMBIANA
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)

AFANADOR MARIN ALFONSO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	39 AÑOS 6 MESES 18 DÍAS	CC	91111971
Apellidos y Nombres	Teléfonos		Tipo	Número

Cargo
ABOGADO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS	**NO APLICA**
APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS	**NO APLICA**
CUMPLE CON LOS REQUISITOS Y ES APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS	**NO APLICA**

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 MÉDICO OCUPACIONAL ✓	----------

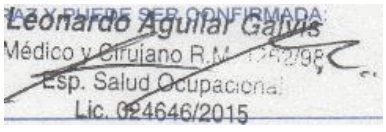
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EXAMEN FÍSICO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR ACEPTABLE, CARDIO CEREBRO VASCULAR Y DE EQUILIBRIO DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES, EXAMEN DE INGRESO SIN RESTRICCIÓN, CON PATOLOGÍA DE ORIGEN COMÚN SECUELAS DE ACCIDENTE COMÚN. DEBERÍA BAJAR 4 KG . SE EDUCA EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, AUTO CUIDADO Y REPORTE DE CONDICIONES DE SALUD Y DE RIESGO. CONTROL OPTÓMETRA ANUAL.

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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



Firma:

Nombre: AGUILAR GALVIS LEONARDO
R. M.: 1262/98 **L.S.O.:** 024646/2015

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: AFANADOR MARIN ALFONSO
CC: 91111971