I.P.S ADILAB Medicina Laboral

**ADILAB I.P.S**

**900.341.857-2**

Carrera 43a # 34-95 PISO 10 TORRE NORTE
Cel. 3113120018 - E-mail. adilabmedicinalaboral@gmail.com
www.adilab.com.co



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

**N° 59.104**

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 27 DÍA | 02 MES | 2024 AÑO | MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad | **EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO** |

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

| **CONSORCIO VINASCO&CO** | **CONSORCIO VINASCO&CO** |
|---|---|
| **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)

| **QUIÑONEZ LORA CRISTIAN DAVID** | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| | MASCULINO | 41 AÑOS 7 MESES 5 DÍAS | CC | 14567867 |
| Apellidos y Nombres | | | Tipo | Número |

| Teléfonos | Dirección |
|---|---|
| **3003452382** | **CRA 43 32 39** |

| CARGO | EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|---|
| **INSPECTOR SST** | EPS SURA | COLFONDOS | NO REFIERE |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**SIN RESTRICCION PARA REALIZAR SU LABOR**

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:**

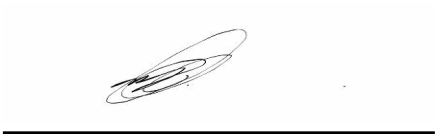
| | |
|---|---|
| EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR ✓ | ---------- |

| **RECOMENDACIONES MÉDICAS** | **RECOMENDACIONES OCUPACIONALES** | **HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES** |
|---|---|---|
| | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | CONTROL DE PESO |
| | USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO | HACER DEPORTE |
| | REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES ESTABLECIDOS | DIETA BALANCEADA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador:

Autorizo a la IPS ADILAB - MEDICINA LABORAL que a través del doctor (a) abajo mencionado y firmante que realice mi examen médico ocupacional registrado en este documento. Manifiesto que he asistido a este examen de forma voluntaria y tuve la oportunidad de desistir en cualquier momento. Además, se me informan las medidas para proteger la confidencialidad de mis datos personales, e historia clínica, tales como: solo el paciente puede solicitar la historia clínica completa con sus anexos y sólo si se trata de una acción judicial o con fines de seguridad y salud en el trabajo puede ser solicitada por terceros debidamente autorizados.
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 legislación vigente.
Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y se me han aclarado dudas al respecto. Por tanto, acepto la realización del examen médico ocupacional y todas las ayudas diagnosticas necesarias para la conceptualización del mismo.

| Médico | | | | Aspirante o Trabajador | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Firma:** |  | | | **Firma:** |  |
| **Nombre:** | GOMEZ PUERTA ROGER IVAN | | | **Nombre:** | QUIÑONEZ LORA CRISTIAN DAVID |
| **R. M.:** | 63-1035-2012 | **L.S.O.:** | 2020060116344 | **CC:** | 14567867 |

**Código de Seguridad**

**K1177Q1W59104**