



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 28.164

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
24 DÍA	04 MES	2023 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL PERIODICO CON ÉNFASIS EN ALTURAS			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
ENERGIZANDO INGENIERIA Y CONSTRUCCION S.A.S				110260 MUNICIPIO DE GIRARDOTA AP 2021			
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)							
AVILA RUBIO ARCADIO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	58 AÑOS 2 MESES 5 DÍAS	CC	10900186
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Teléfonos				Dirección			
32117077542				CRA 47 B 1 AA 17			
CARGO				EPS	AFP	ARL	
OFICIAL 1				EPS SURA	COLFONDOS	COLMENA	
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
PUEDE CONTINUAR REALIZANDO SU LABOR SIN RESTRICCIÓN							
Observaciones: NO APLICA							
APTO	PARA TRABAJAR EN ALTURAS						
APTO	PARA TRABAJO CON ENERGIA SEGUN RESOLUCION 5018 DEL 2019						
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				GLICEMIA			
AUDIOMETRÍA				ELECTROCARDIOGRAMA			
VISIOMETRÍA				PERFIL LIPIDICO			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
				USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES	
						ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
<p>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.</p>							
Médico				Aspirante o Trabajador			
 Firma: _____ Nombre: SANCHEZ CASAS CECILIA DEL CARMEN				 Firma: _____ Nombre: AVILA RUBIO ARCADIO			

R. M.: 70210/215

L.S.O.: 2020060022482

Código de Seguridad

CC: 10900186

D1177J1P28164