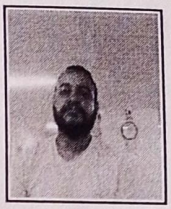
COMPANY HEALTH S.A.S.
NIT 900.861.108 – 5
Dirección: Diagonal 50 # 49 – 84 Piso 4, Edificio Colpatria
Teléfono: 604 4181810
Cel: 310 398 6466
Correo: comercial@companyh.co
Medellín

Soluciones empresariales



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 34.526

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
25 DÍA	07 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

PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES
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)

LAVERDE ALVAREZ WUILBER ARLEY	Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres	MASCULINO	36 AÑOS 4 MESES 26 DÍAS	CC Tipo	1128391046 Número

Cargo	Teléfono	Eps	Afp	Arl
INSTRUCTOR	3024024243	SURA	PROVENIR	SURA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO PARA EL CUAL VA A SER CONTRATADO.

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:

AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN MÉDICO PSICOFÍSICO	✓
VISIOMETRÍA	✓	ELECTROCARDIOGRAMA	✓
ESPIROMETRÍA	✓	PERFIL LIPÍDICO	✓
GLICEMIA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
		HÁBITOS SALUDABLES
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EN EL EXAMEN ESTÁTICO Y DINÁMICO DE LA COLUMNA Y DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR A NIVEL DE LOS DIFERENTES SEGMENTOS, NO SE EVIDENCIAN ATROFIAS NI LIMITACIONES DE LA MOVILIDAD, SE RECOMIENDA REALIZAR LA CAPACITACIÓN CONTINUA PARA EL ADECUADO MANEJO DE CARGAS Y DE POSTURAS EN EL TRABAJO PARA PREVENIR PATOLOGÍAS OSTEOMUSCULARES.

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

Firma: OCampo R

Nombre: OCAMPO RENDON HUGO ALEXANDER

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: LAVERDE ALVAREZ WUILBER ARLEY

R. M.: 05200803	L.S.O.: 104471	Código de Seguridad	CC: 1128391046
		C1412I1O34526	