Healthy Work Group
Seguridad y Salud en el Trabajo
Dirección: Calle 10 # 3-33 Barrio Jesús
Cel: 317 367 7023 - 316 274 9587
Correo: citas@healthyips.com
Web: www.healthyips.com
Santa Fé de Antioquia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 23.520

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
26 DÍA	02 MES	2025 AÑO	SANTAFÉ DE ANTIOQUIA (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE PRE 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)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
PERNIA BAILARIN LUIS EDUARDO	MASCULINO	25 AÑOS 11 MESES 18 DÍAS	CC (Tipo)	1131804282 (Número)

Cargo
OFICIOS VARIOS EN PARQUE NACIONALES

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
CUMPLE PARA EL CARGO/SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

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 MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	DROGAS DE ABUSO SCREEN X 5 (MET,MAR,COC,OPI,ANFE)	✓
VISIOMETRIA.	✓	----------	

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

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SIN RESTRICCIONES PARA SU CARGO. PRESENTA EVALUACIÓN DERMATOLÓGICA, NEUROLÓGICA Y CARDIOVASCULAR (FRAMINGHAM) SIN ALTERACIONES EN EL MOMENTO.

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: GOMEZ SUAREZ NEFTALI

R. M.: 5-3297-10 **L.S.O.:** 2017060104073

Código de Seguridad
V272B1H23520

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: PERNIA BAILARIN LUIS EDUARDO

CC: 1131804282

16157108

Servicio	:	CONSULTA EXTERNA	**Sede**	:	ADILAB SANTA FE
Solicitud	:	16157108	**Fecha Recepción**	:	2025-02-26 10:30:16
Paciente	:	LUIS EDUARDO PERNIA BAILARIN	**Fecha Validación**	:	2025-02-26 11:08:10
Identificación	:	1131804282	**Fecha Impresión**	:	2025-02-26 15:56:12.
Convenio	:	HEALTHY WORK GROUP S.A.S.	**Edad/Sexo**	:	25 / M
Telefono	:	3205631360	**Fecha Nacido**	:	1999-03-10

ANALISIS	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
DROGAS DE ABUSO PANEL 5		
Resultado Panel (Cromatografia)		
(THC) MARIHUANA Positivo: Mayor de 0.3 ug/ml	**NEGATIVO**	ng/mL
(AMP) ANFETAMINAS Positivo: Mayor de 0.3 ug/ml	**NEGATIVO**	ng/mL
(COC) COCAINA Positivo: Mayor de 0.3 ug/ml	**NEGATIVO**	ng/mL
(MOP) MORFINA - OPIACEOS Positivo: Mayor de 0.3 ug/ml	**NEGATIVO**	ng/mL
(BZO) BENZODIAZEPINAS Positivo: Mayor de 0.3 ug/ml	**NEGATIVO**	ng/mL

Validado Por:

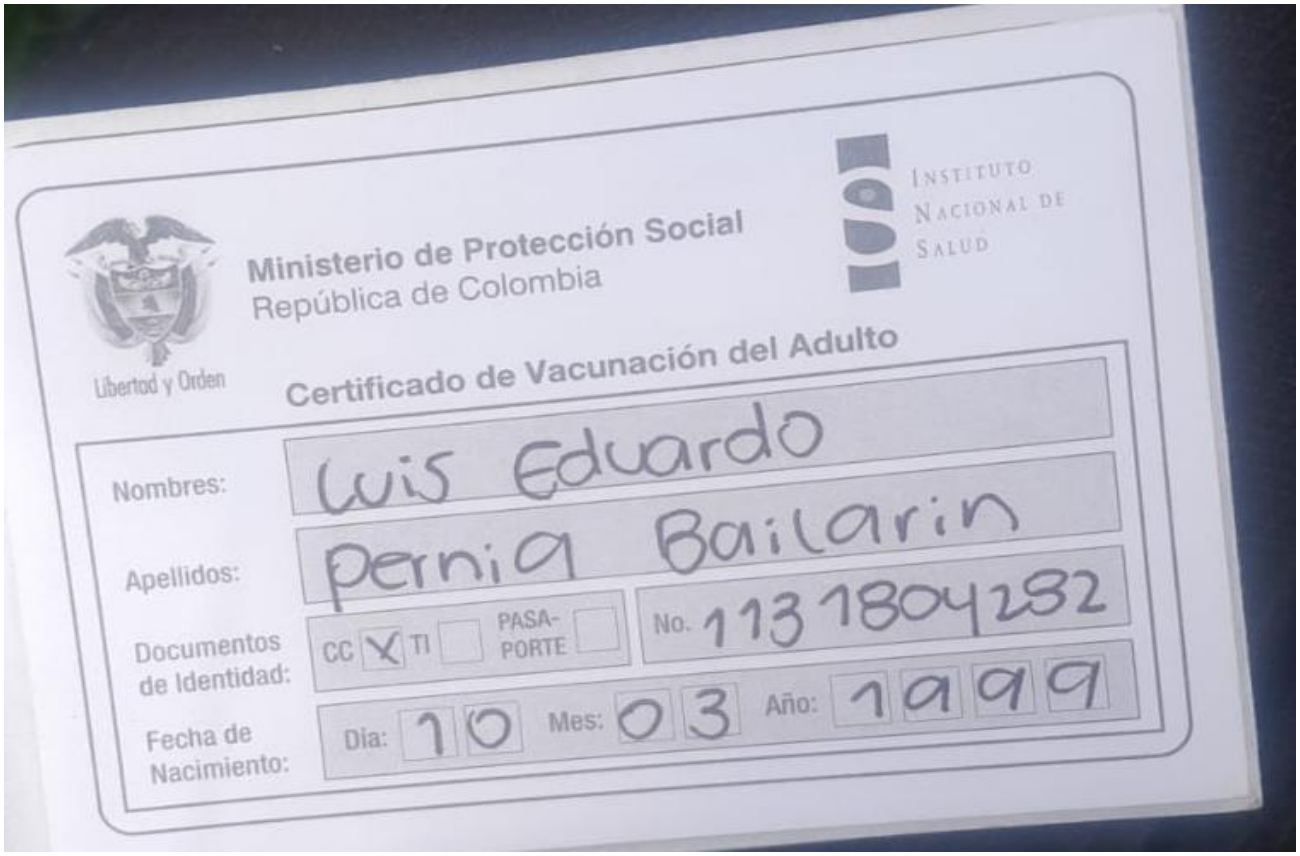
VALENTINA FLOREZ LONDOÑO
BACTERIOLOGA
T.P. 09197

* La interpretación del resultado de sus examenes corresponde exclusivamente al médico*

Calle 49 # 45 - 81 Edificio Cataluña - Piso 3 - Medellin - Colombia
Telefonos : (+4) 4443582 - 3104564486 - 3104565660 - 3104560324
www.adilab.com.co / e-mail : laboratorio@adilab.com.co

Para verificar la autenticidad de este documento, debe escanear el código QR o ingresar a la siguiente URL, desde donde deberá ingresar el documento de identidad y este código: 16157108

URL : https://acortar.link/vI3yLL



Ministerio de Protección Social
República de Colombia
Libertad y Orden

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

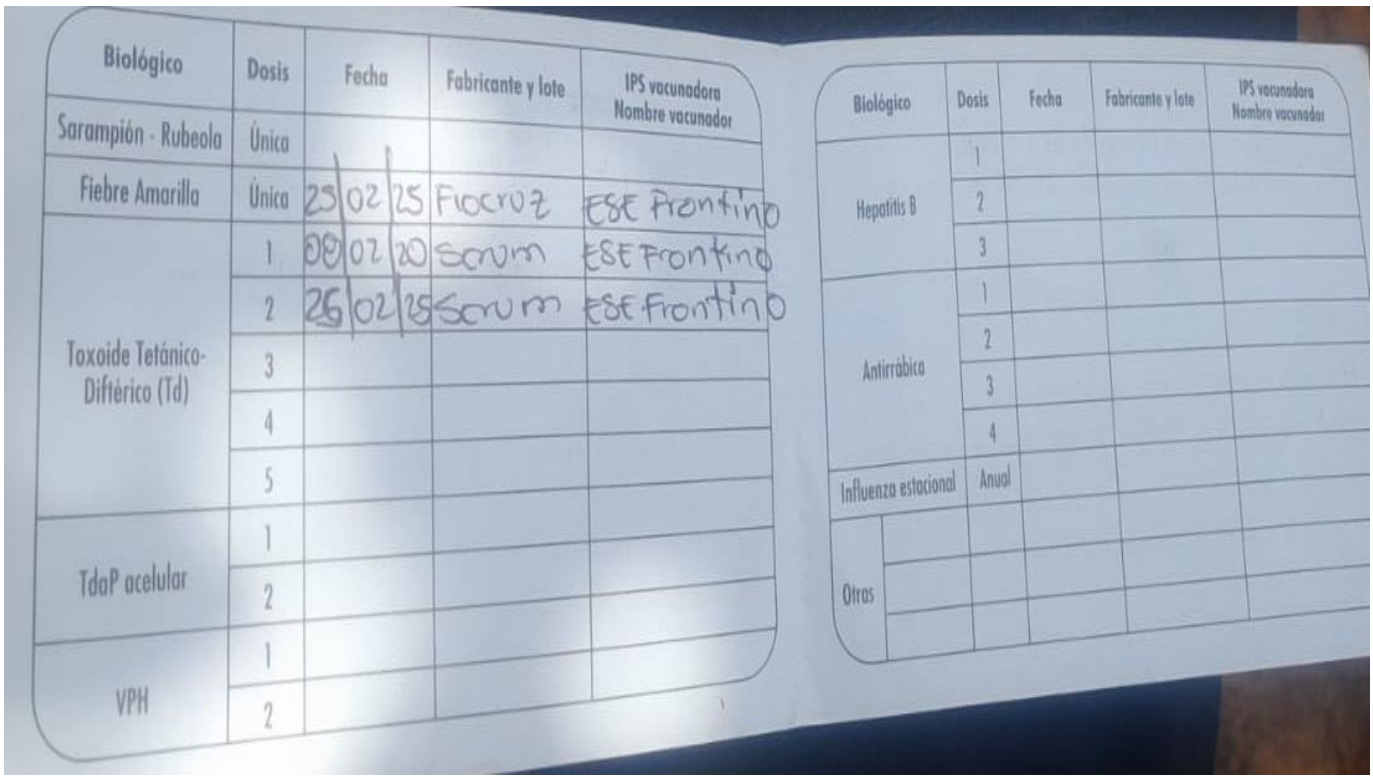
Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Luis Eduardo

Apellidos: Pernia Bailarin

Documentos de Identidad: CC [X] TI [ ] PASA-PORTE [ ] No. 1131804282

Fecha de Nacimiento: Dia: 10 Mes: 03 Año: 1999



Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única			
Fiebre Amarilla	Única	25/02/25	Fiocruz	ESE Frontino
Toxoide Tetánico-Diftérico (Td)	1	09/02/20	Serum	ESE Frontino
	2	25/02/25	Serum	ESE Frontino
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual			
Otras				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Otras				
Hepatitis A	1.1 MAR. 2025			
2.	11/09/25			