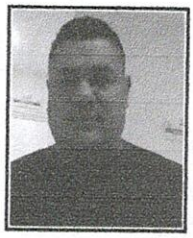
Healthy IPS
SALUD OCUPACIONAL

Healthy Work Group
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Calle 10 # 3 – 33 Santa Fe de Antioquia
Tel. 316 274 95 87
healthyips.1@gmail.com
www.healthyips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.401

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
07 DÍA	01 MES	2025 AÑO	SANTAFÉ DE ANTIOQUIA (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO
HORA: 04:07 p.m.				

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

PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES
Nombre de la empresa o convenio del prestador	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)

LOAIZA DUARTE JUAN JOSE	Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres	MASCULINO	39 AÑOS 10 MESES 18 DÍAS	CC Tipo	1020393395 Número
	Teléfonos 00000			

Cargo
APOYO PARA UNIDAD DE VICTIMAS

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

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

Observaciones: *VER RECOMENDACIONES*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) **N/A**

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
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : CONTROLES POR APNEA DEL SUEÑO	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : NUTRICIÓN	CAPACITACIÓN : ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	CONTROL DE PESO
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

TRABAJADOR SIN RESTRICCIONES LABORALES PARA SU CARGO. SE RECOMIENDA VALORACIÓN EN SU EPS POR NUTRICIÓN Y CONTINUAR MANEJO PARA APNEA DEL SUEÑO.

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	Aspirante o Trabajador
Firma:	Firma:
Nombre: GOMEZ SUAREZ NEFTALI	Nombre: LOAIZA DUARTE JUAN JOSE
R. M.: 5-3297-10 L.S.O.: 2017060104073	CC: 1020393395