Emuna
-Medical Center IPS-
Licencia No.103 del 06/02/2020

Carrera 8 No 60A - 54 Barrio Prados del Norte
Segundo Sector - Ibagué Tolima
Tel. (8)2809800 - (317)427 4934
www.emunaintegral.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 13,225

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
15 DÍA	02 MES	2025 AÑO	IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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

PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES CONTADO
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)

JOHAN ALEXIS CASTELLANOS QUINTERO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	33 AÑOS 02 MESES 01 DIAS	CC	1024500174
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
ASESOR JURIDICO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO INTERFIERE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA.

Observaciones: *NO APLICA*

APTO	PARA TRABAJAR EN LA LABOR ASIGNADA

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO: PROMOCION YPREVENCION	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE AUDITIVO	CONTROL DE PESO
ESPIROMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE CARDIOVASCULAR	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
	SVE OSTEOMUSCULAR	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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: ALVIS BOTELLO ADENAWER

R.M.: 7311898 L.S.O.: 73-701-2019

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: JOHAN ALEXIS CASTELLANOS QUINTERO

CC: 1024500174

Nota: Se realizó encuesta epidemiológica al ingreso del paciente a la institución sobre síntomas de COVID -19, contacto con pacientes sospechosos o confinados de COVID-19 y la realización de viajes en los últimos 15 días. Se realiza lavado de manos según las recomendaciones de la OMS, en los cinco momentos, en técnica y duración. Adicional se utiliza equipo de protección personal y las medias de protección del paciente para COVID-19, también se realiza limpieza y desinfección de los equipos y áreas después de la atención de cada paciente.