



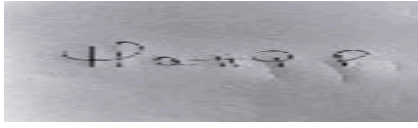
N° 1.449

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
29 DÍA	10 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO	
Ciudad					
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
Nombre de la empresa			Empresa en misión		
PARTICULARES CONTADO			PARTICULARES		
CIU (Actividad Económica) del empleador:					
SIN REGISTRAR					
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		Género	Edad	Documento de Identificación	
RIVILLA MARTINEZ MICHAEL DAVID		MASCULINO	23 AÑOS 1 MESES 26 DÍAS	CC	1007536218
Carga				Tipo	Número
CONTRATISTA					
EPS		AFP		ARL	
SURA		PROTECCION		SUR	
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL					
CUMPLE CON LOS REQUISITOS PARA LA LABOR ASIGNADA					
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		✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
USAR MEDIAS ANTIVÁRICES		USO DE EPP		HÁBITOS SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		SVE VISUAL		FORTALECIMIENTO MUSCULAR	
		SVE AUDITIVO		CONTROL DE PESO	
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
		SVE OSTEOMUSCULAR		HACER DEPORTE	
		CAPACITACIÓN		DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
SIN ALTERACIONES PARA EJERCER EL CARGO, AL EXAMEN FÍSICO SIN ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES, CON BUEN ARCO DE MOVILIDAD EN SUS EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES, SIN LIMITACIONES EN SUS EXTREMIDADES, CON BUEN AGARRE EN SU MIEMBRO SUPERIOR, SE DAN RECOMENDACIONES USO PERMANENTE DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DENTRO DE LA JORNADA LABORAL, SE RECOMIENDA REALIZAR EJERCICIOS PREOPERACIONALES. PAUSAS ACTIVAS, CON ÉNFASIS EN CUELLO, MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, SE SUGIERE REALIZAR INDUCCIÓN Y RE INDUCCIÓN A TRABAJADOR FRENTE A LOS FACTORES DE RIESGO A LOS QUE SE ENCUENTRAN EXPUESTO, CONTROL Y USO DE PROTECCIÓN DE ACUERDO AL PVE (PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA), CUMPLIR CON LAS NORMAS DE SG SST DE LA EMPRESA.					
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:



Nombre: CC: 1143239574 - MATTY DANIELA PADILLA

R. M.: 1143239574

L.S.O.: 2021060098954

Código de Seguridad

D1258J1P1449

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: RIVILLA MARTINEZ MICHAEL DAVID

CC: 1007536218