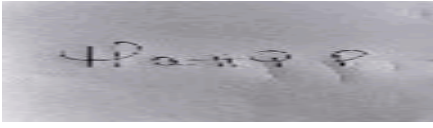




CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.142

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
04 DÍA	06 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							
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)							
RAMIREZ MORENO ALEJANDRO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	29 AÑOS 0 MESES 14 DÍAS	CC	1023802893
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Carga							
APOYO JURIDICO							
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	
			SVE VISUAL			FORTALECIMIENTO MUSCULAR	
			SVE OSTEOMUSCULAR			CONTROL DE PESO	
			CAPACITACIÓN			ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
SIN 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				Aspirante o Trabajador			
Firma: 				Firma: 			
Nombre: PADILLA DE LEON MATTY DANIELA				Nombre: RAMIREZ MORENO ALEJANDRO			

R. M.: 1143239574 L.S.O.: 2021060098954 Código de Seguridad CC: 1023802893

X1258D1J1142