CERTIMEDIC I.P.S.
SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO

IPS CENTRO DE RECONOCIMIENTO AL CONDUCTOR CERTIMEDIC S.A.S
NIT: 901520438-1
Dir: Cra 42 No 75B - 132
Cel: 315 272 2668
Correo: certimedicsas@gmail.com
www.certimedicips.com
Barranquilla



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 5.922

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 30 DÍA | 12 MES | 2025 AÑO | BARRANQUILLA (ATLÁNTICO, COLOMBIA) Ciudad | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE-INGRESO |

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

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| PARTICULARES CONTADO | PARTICULARES |

CIIU (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 | |
|---|---|---|---|---|
| HERRERA DIAZ MIRIAM GISSEL | FEMENINO | 38 AÑOS 7 MESES 19 DÍAS | CC (Tipo) | 1052955017 (Número) |

Cargo: **CONTRATISTA**

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| SURA | COLFONDOS | SURA |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**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:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR | ✓ | ELECTROCARDIOGRAMA | ✓ |
| HEMOGRAMA IV | ✓ | GLICEMIA EN AYUNAS | ✓ |
| PERFIL LIPIDICO | ✓ | OPTOMETRIA | ✓ |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| USAR CORRECCIÓN VISUAL | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| | PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| | SVE OSTEOMUSCULAR | DIETA BALANCEADA |

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

JOSÉ M. DANGOND OROZCO
Médico Especialista
Seguridad y Salud en el Trabajo
RM 05088 Licencia SST 8077

**Firma:**

**Nombre:** CC: 77006270 - JOSE MIGUEL DANGOND

**R. M.:** 5088 **L.S.O.:** 8077

**Código de Seguridad**
A1736G1M5922

## Aspirante o Trabajador

**Firma:**

**Nombre:** HERRERA DIAZ MIRIAM GISSEL

**CC:** 1052955017