



GRUPO MÉDICO LABORAL I.P.S

NIT: 900773537-4
REPS: 7600111530-01

Carrera 73 # 6-15 - Cali, Colombia
Cel: 302 344 1919 - 313 562 9847 - 301 788 9281
Tel: (602) 390 5993 - Email: gerencia@grupomedicolaboral.com
www.grupomedicolaboral.com

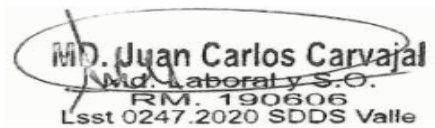


CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 60.234

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
17 DÍA	01 MES	2025 AÑO	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR			
			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)							
MOJICA BUITRAGO JAIME				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	65 AÑOS 6 MESES 18 DÍAS	CC	19372591
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo GEOLOGO							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL CONDICIONES DE SALUD QUE NO INTERFIEREN CON LA CAPACIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR Y LOS REQUERIMIENTOS DEL PERFIL DEL CARGO							
Observaciones: NO APLICA							
APTO		SIN PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR					
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
OPTOMETRIA OCUPACIONAL				HEMOGRAMA IV METODO AUTOMATICO			
TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA O ASPARTATO (TGO-AST)				BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA			
TRANSAMINASA GLUTAMICO PIRUVICA (TGP-ALT)				EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR			
NITROGENO UREICO (BUN)				PERFIL LIPIDICO			
GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA				AUDIOMETRIA TAMIZ			
ESPIROMETRIA				-----			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
CONTINUAR MANEJO MÉDICO				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		HABITOS SALUDABLES	
VALORACIÓN POR EPS : PERFIL HEPATICO ALTERADO, SE REQUIERE ESTUDIO COMPLEMENTARIO							
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
HABITOS DE VIDA SALUDABLES. USO DE EPP ACORDE AL RIESGO (SI APLICA). PAUSAS ACTIVAS. HIGIENE POSTURAL. PREVENCIÓN DE ACCIDENTALIDAD. AUTOCUIDADO. REPORTAR NOVEDADES.							
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: CARVAJAL LEGARDA JUAN CARLOS

R. M.: 190606

L.S.O.: 0247



Código de Seguridad

O602U1A60234

Aspirante o Trabajador

Firma: _____

Nombre: MOJICA BUITRAGO JAIME

CC: 19372591