Healthy IPS
SALUD OCUPACIONAL

Healthy Work Group
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Calle 10 # 3 – 33 Santa Fe de Antioquia
Tel. 316 274 95 87
healthyips.1@gmail.com
www.healthyips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 17.617

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
04 DÍA	01 MES	2024 AÑO	SANTAFÉ DE ANTIOQUIA (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO**

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)

CEBALLOS ARDILA GUSTAVO ANDRES	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	38 AÑOS 3 MESES 27 DÍAS	CC	71195256
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
ASESOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CUMPLE PARA EL CARGO/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:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**	**HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES**
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : INTERNISTA	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
CONTROLES DE ÁCIDO ÚRICO		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SIN RESTRICCIONES PARA SU CARGO

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		**Aspirante o Trabajador**
Firma:		**Firma:**
Nombre: GOMEZ SUAREZ NEFTALI		**Nombre:** CEBALLOS ARDILA GUSTAVO ANDRES
R. M.: 5-3297-10 **L.S.O.:** 2017060104073	**Código de Seguridad** Y272E1K17617	**CC:** 71195256