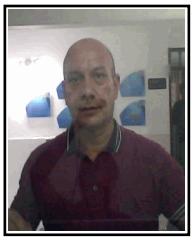
MEDISSCOP S.A.S
MÉDICOS ESPECIALISTAS EN LA SALUD OCUPACIONAL
HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL

Nit: 900896434 - 2
Carrera: 30# 9C - 48
B/ Champagnat detras del FCECEP
Tel: 378-53-41
Palmira
Calle 37 #26 -33 B/ Santa Rita
Tel: 378-53-41 / 262-32-74
www.medisscop.com.co
medisscop@gmail.com
contamedisscop@gmaiil.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 43.722

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
11 DÍA	03 MES	2025 AÑO	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
INDEPENDIENTE	INDEPENDIENTE

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	Genero	Edad	Documento de Identificación	
PALTA VELASCO FERNEY	MASCULINO	56 AÑOS 2 MESES 15 DÍAS	CC (Tipo)	16764491 (Número)

Cargo
CONTRATISTA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *SEGUIMIENTO DE LA PRESION ARTERIAL Y AFINAMIENTO CON EL MEDICO DE LA EPS, APTO PARA LABORAR*

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 OSTEOMUSCULAR DE PRE INGRESO ✓	GLUCOSA ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : SEGUIMIENTO DE LA PRESION ARTERIAL Y AFINAMIENTO CON EL MEDICO DE LA EPS	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

GLICEMIA NORMAL, VISION PRESBICIA, SEGUIMIENTO DE LA PRESION ARTERIAL Y AFINAMIENTO CON EL MEDICO DE LA EPS, APTO PARA LABORAR

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

Firma:

Nombre: MARIN LARRAHONDO ALEXANDER

R. M.: 76393 **L.S.O.:** 0359

Código de Seguridad
B1283H1N43722

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: PALTA VELASCO FERNEY

CC: 16764491