



N° 16.629

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
12 DÍA	12 MES	2025 AÑO	DOSQUEBRADAS (RISARALDA, COLOMBIA)		
			Ciudad		
EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO					
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
Nombre de la empresa			Empresa en misión		
PARTICULARES CONTADO			SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO		
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
BEDOYA VILLARAGA JUAN SEBASTIAN			MASCULINO	37 AÑOS 6 MESES 6 DÍAS	CC 1087993819
Cargo				Tipo	Número
ABOGADO					
EPS		AFP		ARL	
SALUD TOTAL		NO REFIERE		NO REFIERE	
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL					
APTO 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		✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
		USO DE EPP		HÁBITOS SALUDABLES	
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
				HACER DEPORTE	
				DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
EXAMEN CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR					
EXAMEN MEDICO CON ENFASIS EN EL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA: EN EL EXAMEN REALIZADO SE HIZO UNA REVISION COMPLETA Y EXHAUSTIVA DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR, EXTREMIDADES Y COLUMNA, BUSCANDO PATOLOGIAS O SECUELAS QUE PUEDAN CONSTITUIR UN RIESGO AUMENTADO PARA LA REALIZACION DE LAS ACTIVIDADES DE SU TRABAJO HABITUAL O DE AQUELLAS QUE IMPLIQUEN POSTURAS FORZADAS O MOVIMIENTOS REPETITIVOS. NO SE ENCONTRO NINGUNA ALTERACION SIGNIFICATIVA.					
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: CC: 10103666 - NESTOR MARIO HOLGUIN			Nombre: BEDOYA VILLARAGA JUAN SEBASTIAN		
R. M.: 641-MD			CC: 1087993819		
L.S.O.: LPSST-082-16			Código de Seguridad		
			M894S1Y16629		