CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

GABRIEL ANTONIO CARRILLO FONTALVO MÉDICO
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CALLE 56#8E1-60 Cordialidad
Cel.: 3007561219-3004772292
e-mail: gabrielantonio_13644@hotmail.com Barranquilla - Colombia

1. DATOS DE LA ENTIDAD			
SEDE	B/QUILLA - CORDIALIDAD	DIRECCIÓN	VIA CORDIALIDAD CON 8E - 160
TELÉFONO	3244930253	E-MAIL	gestionintegral30@gmail.com
FECHA EXAMEN	21/04/2025	TIPO EXAMEN	OTRO
CODIGO VERIFICACIÓN	4936	SISTEMATIZA	MARIA AREVALO

2. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS	EDWIN EDMUNDO MENDOZA SANTIAGO												
No. IDENTIFICACCION	72.309.829			EDAD	49	SEXO	M.	X	F		OTRO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC	X	CE		PEP		F. NACIMIENTO	06/08/1975			TELÉFONO	XXXXXX	
EMPRESA	INDEPENDIENTE												
CARGO	ADMINISTRATIVO			FECHA INGRESO		22-04-2025				FECHA RETIRO		22-04-2026	

2. DICTAMEN MÉDICO

EXÁMENES PARA CLÍNICOS REALIZADOS

ESPIROMETRÍA:	AUDIOMETRÍA:	OPTOMETRÍA:	OSTEOMUSCULAR:	FROTIS DE GARGANTA:
	NORMAL	NORMAL	sin hallazgos patológicos	N/A
CULTIVO FARÍNGEO:	COPROLÓGICO:	KOH DE UÑAS:	GLICEMIA BASAL:	C. HEMATICO:
N/A	N/A	N/A	NORMAL	NORMAL
PERFIL LIPÍDICO:	ELECTROCARDIOGRAMA	TALLA	PESO	IMC:
NORMAL		1.75 cm	73 kg	

CONCEPTO MÉDICO LABORAL (EVALUACIÓN PSICO/FÍSICO)

Examen Médico Ingreso:	Examen Médico Periódico:	Examen Médico Egreso:	Examen Médico Post Incap.
Apto para ocupar el cargo sin restricciones	No Aplica	No Aplica	No Aplica

Idóneo para trabajar en altura:	SI	Idónea conducción vehicular:	N/A	Idóneo trabajo espacio confinado:	N/A
Idóneo para manipulación de alimentos:	N/A	Idónea manipulación de carga:	N/A	Requiere o ser reubicado:	N/A

Observaciones: Según circular 030 del Ministerio de Salud, en referencia a Afectaciones de salud de alto riesgos para contraer COVID-19. Certificamos: Que al momento del Examen Médico el trabajador No presenta ninguna afectación subyacente, establecida en la circular 030 del 08 mayo del 2020.

OBSERVACIONES MÉDICAS:

RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

Recomendaciones:	Según IMC:	Manejo EPS/ARL:	Inclusión (Sistema de Vigilancia Epidemiológica):
Control ocupacional ____periódico X Higiene Postural Columna V. _X Pausas Activas ____Evaluación puesto de Trabajo	____Dieta _X Ejercicio regular ——Valoración Nutricional Valoración EPS	____Remisión a EPS ____Remisión a ARL ____Continuar Tto Médico ___Remisión por optometría	____Salud Visual ____Cuidado Auditivo ____Cardiovascular ____Cuidado Espalda ____Osteomuscular

Dr. Gabriel Carrillo Fontalvo
Lic. S.O 02839-12

Firma del trabajador

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suminis[illegible]bre mi condición de salud, es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restriccione[illegible]ayalugar a [illegible] omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.AP

CamScanner