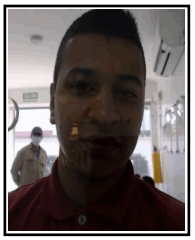
Healthy IPS
SALUD OCUPACIONAL

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° 16.204

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
20 DÍA	09 MES	2023 AÑO	SANTAFÉ DE ANTIOQUIA (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL

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)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
CARTAGENA CARVAJAL BRANDON ESTIVEN	MASCULINO	24 AÑOS 10 MESES 7 DÍAS	CC (Tipo)	1022099833 (Número)

Cargo
ESTUDIANTE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
SIN RESTRICCIONES PARA SU CARGO/PUEDE REINTEGRARSE A SU CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

CUMPLE	APTITUD PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

AUDIOMETRÍA ✓	PAQUETE SALUD OCUPACIONAL 1: EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL+AUDIOMETRIA+TAMIZAJE VISUAL ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CUMPLE REQUISITOS DE APTITUD PARA TRABAJOS EN ALTURAS

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: GOMEZ SUAREZ NEFTALI

R. M.: 5-3297-10 **L.S.O.:** 2017060104073

Código de Seguridad
A272G1M16204

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: CARTAGENA CARVAJAL BRANDON ESTIVEN

CC: 1022099833