Healthy IPS
SALUD OCUPACIONAL

Healthy Work Group
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Cel. 321 831 0789 - E-mail. healthyworkgroup@gmail.com

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 102

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
08 DÍA	01 MES	2025 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 o convenio del prestador	**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	
LINA MARCELA VARGAS ESCOBAR	FEMENINO	27 AÑOS	CC (Tipo)	1036671814 (Número)
	Teléfonos: 3169556569			

Cargo
ACOMPAÑAMIENTO TÉCNICO ÁREA CIVIL

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CUMPLE PARA EL CARGO / SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)	**N/A**

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 ✓	----------

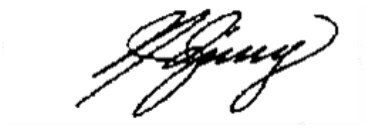
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

REALIZAR CAMBIOS DE POSICIÓN REGULARMENTE, USAR LO ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A SU LABOR A REALIZAR, O CUANDO EXISTA PELIGROS O AMENAZAS DE SU ÁREA DE TRABAJO ,PRACTICAR ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, PRACTICAR DEPORTES, MANTENER EL PESO IDEAL, EVITAR EL ESTRÉS, EL TRABAJO EXCESIVO, INGRESAR A PROGRAMAS DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL FACTOR DERIESGO, POSICIÓN, ERGONOMÍA, LEVANTAMIENTO DE CARGA, PROGRAMAS DE CONSERVACIÓN AUDITIVA Y AGUDEZA VISUAL.

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 interpretaciónón, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realizaciónón 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 ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislaci ón 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: GÓMEZ SUAREZ NEFTALÍ

R. M.: 5-3297-10 **L.S.O.:** 20170660104073

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: LINA MARCELA VARGAS ESCOBAR

CC: 1036671814