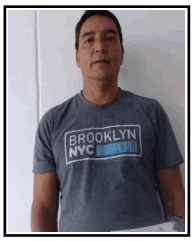
IPS Cuidemos Nuestra Salud S.A.S
Nit: 901214649 - 7

Dirección: Carrera 8 # 10-37 B/ san Juan Bautista
Correo:ipsnuestrasalud@hotmail.com
Teléfono: 3 203259099
Chaparral - Tolima



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 4.201

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
26 DÍA	01 MES	2026 AÑO	CHAPARRAL (TOLIMA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA DE PRE-INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES CONTADO	NET EDS SAS

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	
MURILLO BAUTISTA LUIS ALBEIRO	MASCULINO	47 AÑOS 6 MESES 4 DÍAS	CC (Tipo)	93453716 (Número)

Cargo: **CONDUCTOR DE VOLQUETA**

EPS	AFP	ARL
LA NUEVA EPS	NO REFIERE	NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

APTO | PARA DESEMPEÑAR OTRAS FUNCIONES DEL CARGO

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	✓	EXAMEN PSICOSENSOMETRICO	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA SIMPLE	✓
ESPIROMETRÍA	✓	TRIGLICERIDOS	✓
VISIOMETRÍA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS		HÁBITOS SALUDABLES
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CON ALTERACION EN PIEL Y TEGUMENTOS , QUE NO GENERA RESTRICCION PARA LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR, PERO SI SE RECOMIENDA CONTROL POR EPS

CON ALTERACION EN LA PARED MUSCULAR ABDOMINAL, REGION UMBILICAL, QUE NO GENERA RESTRICCION PARA LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR, PERO SI SE RECOMIENDA CONTROL POR EPS

SIN ALTERACION EN AUDIOMETRIA, PERO CON RECOMENDACION DE CONTROL EN UN AÑO POR EPS, CON USO DE USO DE PROTECCION AUDITIVA

CON ALTERACION EN EN AGUDEZA VISUAL , QUE NO GENERA RESTRICCION PARA LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR PERO SI SE RECOMIENDA CONTROL POR EPS

CON ALTERACION EN QUIMICA SANGUINEA, QUE NO GENERA RESTRICCION PARA LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR PERO SI SE RECOMIENDA CONTROL POR EPS

SIN ALTERACION EN LA ESPIROMETRIA

SIN ALTERACION EN PRUEBA PSICOSENSOMETRICA

CLASIFICACIÓN OSTEOMUSCULAR SEGÚN GATISO RESOLUCION 2844 DE 2007
NO CASO

SE HACE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR SIN EVIDENCIA DE ALTERACIONES QUE PUEDAN AFECTAR LAS ACTIVIDADES QUE DESEMPEÑE EN SU TRABAJO COMO MOVIMIENTOS REPETITIVOS O LEVANTAMIENTO DE CARGAS

CONCLUSIONES OCUPACIONALES
SIN RESTRICCIONES

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:

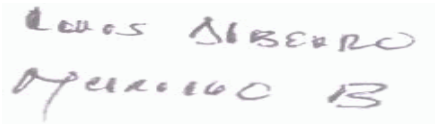
Nombre: CC: 14012491 - JESUS EMILIO LOZANO

R. M.: 1505/07 **L.S.O.:** 004118/2023

Código de Seguridad

O1246U1A4201

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: MURILLO BAUTISTA LUIS ALBEIRO

CC: 93453716