SEGUMEDIC
Comprometidos con Su Seguridad

NIT. 900.902.524 - 3
Carrera 49 # 45-39 Itagüí - Antioquia
Cel. 305 309 8044 - Tel. 6129734 - 6129737
E-mail. espseguridadysalud@gmail.com
www.segumedic.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 24.941

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
03 DÍA	03 MES	2026 AÑO	ITAGUI (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULAR	PARTICULARES

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	
ROJAS ZAPATA ESTIVEN	MASCULINO	23 AÑOS 7 MESES 9 DÍAS	CC (Tipo)	1002545005 (Número)

Cargo: **AGENTE DE TRANSITO**

EPS	AFP	ARL
SURA	COLPENSIONES	NR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

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	✓	AUDIOMETRÍA	✓
EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	✓	VISIOMETRÍA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : SE RECOMIENDA VALORACIÓN PREVENTIVA ANUAL POR MEDICINA GENERAL.	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : PAUTAS DE HIGIENE POSTURAL Y ERGONOMIA DEL PUESTO DE TRABAJO. MEDIDAS DE AUTOCUIDADO.	HÁBITOS SALUDABLES HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

OCUPACIONALES: ADULTO EN BUEN ESTADO GENERAL, SIN PATOLOGÍAS SISTÉMICAS NO CONTROLADAS NI ALTERACIONE: OSTEOMUSCULARES EVIDENTES. SU CONDICIÓN DE SALUD ES ADECUADA PARA EL DESEMPEÑO DE LAS TAREAS PROPIAS DE SU OCUPACIÓN. PROMOVER ESTILOS DE VIDA Y TRABAJO SALUDABLES, CAPACITAR EN RIESGOS INHERENTES AL CARGO, USO DE ELEMENTO DE PROTECCION PERSONAL NECESARIOS PARA EL DESEMPEÑO DE LAS TAREAS PROPIAS DE LA OCUPACION Y CAPACITACION EN SU USO MANTENIMIENTO, INFORMACION Y FORMACION AL TRABAJADOR SOBRE RIESGOS Y SUS MEDIDAS PREVENTIVAS, CONTROL ANUAL POI SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

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: 53000277 - CLAUDIA MILENA NARANJO

R. M.: 66101210 L.S.O.: 21549

Código de Seguridad
Z1240F1L24941

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: ROJAS ZAPATA ESTIVEN

CC: 1002545005

Scanned with CamScanner