
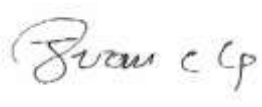




N° 276,854

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
30 DÍA	03 MES	2026 AÑO	BARRANQUILLA (ATLÁNTICO, COLOMBIA)	EVALUACION OCUPACIONAL PRE-INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
M&C CONSTRUCCIONES Y SERVICIOS SAS				M&C CONSTRUCCIONES Y SERVICIOS SAS			
CIU (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	
GALINDO LARIOS JUAN CARLOS				MASCULINO	47 AÑOS 8 MESES 14 DÍAS	CC	92190249
						Tipo	Número
Cargo							
OPERARIO							
EPS		AFP			ARL		
SURA		COLFONDOS			SURA		
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
APTO							
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:							
COLINESTERASA SERICA				✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PRE-INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
MANTENER UN PESO SALUDABLE.		USO DE EPP			HÁBITOS SALUDABLES		
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			CONTROL DE PESO		
		COMPORTAMIENTO SEGURO			HACER DEPORTE		
		AUTOCUIDADO			DIETA BALANCEADA		
		RESPETAR LAS NORMAS DE SEGURIDAD DE LA EMPRESA.			EJERCICIO FISICO 30 MINUTOS DE ACTIVIDAD MODERADA, TODOS O LA MAYOR PARTE DE LOS DÍAS DE LA SEMANA.		
		USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL CORRECTAMENTE.			MANTENER UN PESO SALUDABLE.		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
ESQUEMA DE VACUNACIÓN COVID-19 COMPLETO --YD--.							
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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
 Firma: _____ Nombre: CC: 1045725026 - NOVIS MANUEL SPITTER R. M.: 1.045.725.026 L.S.O.: 202230002880/2022				 Firma: _____ Nombre: GALINDO LARIOS JUAN CARLOS CC: 92190249			