



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 108.382

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
03 DÍA	05 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL PERIODICO CON ÉNFASIS EN ALTURAS			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
ALCATOP S.A.S				ALCATOP S.A.S			
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)							
POSADA ARROYAVE ADRIAN DE JESUS				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	56 AÑOS 7 MESES 15 DÍAS	CC	71186383
Apellidos y Nombres					Tipo	Número	
Teléfonos				Dirección			
3225451199				CR 42 20 C 67 INT 210			
CARGO				EPS	AFP	ARL	
AUXILIAR DE TOPOGRAFIA				SALUD TOTAL	COLPENSIONES	NO REFIERE	
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
PUEDE CONTINUAR REALIZANDO SU LABOR SIN RESTRICCIÓN							
Observaciones: NO APLICA							
APTO		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:							
EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR				✓	GLICEMIA		
AUDIOMETRÍA				✓	COLESTEROL TOTAL		
VISIOMETRÍA				✓	TRIGLICERIDOS		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PARA VISION PROXIMA		SVE CARDIOVASCULAR			HABITOS SALUDABLES		
VALORACIÓN POR EPS : MEDICINA GENERAL POR CIFRAS TENSIONALES		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HACER DEPORTE		
		DOBLE PROTECCIÓN AUDITIVA : EN EXPOSICION A RUIDO SUPERIOR A 85 DB			DIETA BALANCEADA		
		ADECUADOS HáBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS					
		USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO					
		REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES ESTABLECIDOS					
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador:							
Autorizo a la IPS ADILAB - MEDICINA LABORAL que a través del doctor (a) abajo mencionado y firmante que realice mi examen médico ocupacional registrado en este documento. Manifiesto que he asistido a este examen de forma voluntaria y tuve la oportunidad de desistir en cualquier momento. Además, se me informan las medidas para proteger la confidencialidad de mis datos personales, e historia clínica, tales como: solo el paciente puede solicitar la historia clínica completa con sus anexos y sólo si se trata de una acción judicial o con fines de seguridad y salud en el trabajo puede ser solicitada por terceros debidamente autorizados.							
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 legislación vigente.							
Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y se me han aclarado dudas al respecto. Por tanto, acepto la realización del examen médico ocupacional y todas las ayudas diagnosticas necesarias para la conceptualización del mismo.							

Médico



Firma: _____

Nombre: ROJANO PERIÑAN ORLANDO DE JESUS

R. M.: 01187

L.S.O.: 00187/2018



Código de Seguridad

B1177H1N108382

Aspirante o Trabajador



Firma: _____

Nombre: POSADA ARROYAVE ADRIAN DE JESUS

CC: 71186383