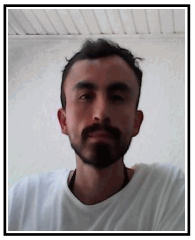
SOMOS
MEDICINA OCUPACIONAL Y LABORAL S.A.S

**SOMOS MEDICINA OCUPACIONAL Y LABORAL**
NIT: **901 184 145-7**
Dir: **Calle 39B # 4B-76 B/. Macarena Parte Alta**
Cel: **315 623 04 10**
Correo: **somosmedicinaocupacional@gmail.com**
**www.somosmedicinaocupacionalylaboral.com**
**Ibagué, Tolima**



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

**N° 26.432**

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| **26** DÍA | **06** MES | **2026** AÑO | **IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA)** Ciudad | **EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO** |

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

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| **PARTICULAR** | **PARTICULAR** |

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

**VARIOS**

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 | |
|---|---|---|---|---|
| **ROCHA MERCHAN HENRY NICOLAS** | MASCULINO | 30 AÑOS 4 MESES 9 DÍAS | CC (Tipo) | 1016083744 (Número) |

Cargo

**CONTRATISTA**

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| **SANITAS** | **PORVENIR** | **NO REFIERE** |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**APTO (CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS 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:**

| | |
|---|---|
| EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE-INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR ✓ | ---------- |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| | SVE OSTEOMUSCULAR : NO CASO | FORTALECIMIENTO MUSCULAR |
| | | CONTROL DE PESO |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

TRABAJADOR A QUIEN SE LE REALIZÓ EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR, EN EL CUAL NO SE IDENTIFICARON PATOLOGÍAS NI SECUELAS QUE PUEDAN CONSTITUIR UN RIESGO PARA DESEMPEÑAR LA LABOR. PUEDE REALIZAR LAS ACTIVIDADES PROPIAS DE SU OFICIO, SIEMPRE QUE MANTENGA LAS ADECUADAS MEDIDAS DE SEGURIDAD. SE CLASIFICA EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA OSTEOMUSCULAR COMO NO CASO, DE ACUERDO CON LA INFORMACIÓN DISPONIBLE Y EL EXAMEN EFECTUADO. SE RECOMIENDA CAPACITACIÓN EN LA PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS PROPIOS DEL TRABAJO, EVITAR REFLEJOS MOLESTOS MIRANDO A OTRO PUNTO CADA 20 MINUTOS Y CERRANDO LOS OJOS DURANTE UN MINUTO CADA 3 HORAS, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS SEGÚN EL PROGRAMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, MANTENER HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES Y HACER USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, INDUCCION AL CARGO, USO DE LENTES PARA ESFUERZOS VISUALES

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: 14137211 - DANIEL ALEXANDER GARCIA

**R. M.:** 652 **L.S.O.:** 2837 - 09/10/2017

**Código de Seguridad**
**X359D1J26432**

## Aspirante o Trabajador

**Firma:**

**Nombre:** ROCHA MERCHAN HENRY NICOLAS

**CC:** 1016083744