54

DR. ANDRÉS FELIPE FLÓREZ GÓMEZ.

Esp. En Seguridad y Salud en el Trabajo.

Clínica Santa Isabel, Urrao - Antioquia, Colombia

Dirección: Carrera 29 #31-51, Consultorio 3. - Cel. 3107010202 - E-mail: valdarsst@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 3,848

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
12 DÍA	01 MES	2026 AÑO	URRAO (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

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

TRABAJADORES INDEPENDIENTES	TRABAJADORES INDEPENDIENTES
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)

MUÑOZ CARTAGENA KAROL NATALIA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	21 AÑOS 02 DIAS	CC	1020402535
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo

AUXILIAR DE ENFERMERÍA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIONES PARA LA OCUPACIÓN

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 MÉDICA PRE INGRESO	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL . PARA ACTIVIDADES DE DETALLE Y EXPOSICIÓN A PANTALLAS.	USO DE EPP	DIETA BALANCEADA
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HÁBITOS SALUDABLES
	NO ALZAR PESO MAYOR DE : 12.5KG	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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: FLOREZ GOMEZ ANDRES FELIPE

R. M.: 445302005 L.S.O.: 2021060097575

Código de Seguridad V1154B1H3848

Aspirante o Trabajador

Firma: Karol Natalia

Nombre: MUÑOZ CARTAGENA KAROL NATALIA

CC: 1020402535