35

DR. ANDRÉS FELIPE FLÓREZ GÓMEZ.
Esp. En Seguridad y Salud en el Trabajo.
Clínica Santa Isabel. Urrao - Antioquia, Colombia
Dirección. Carrera 29 #31-31. Consultorio 3. - Cel. 3107010202 - E-mail: validarsst@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 6,824

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACION DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
06 DIA	05 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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
TRABAJADORES INDEPENDIENTES	E.S.E. HOSPITAL IVÁN RESTREPO GÓMEZ URRAO-ANTIOQUIA.

CIIU (Actividad Económica) del empleador: **SIN REGISTRAR**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC: Cedula de Ciudadanía, CE: Cedula de Extranjeria, TI: Tarjeta de Identidad, PT: Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
HERNANDEZ MARTINEZ FANLLANY LUCIA	FEMENINO	29 AÑOS 11 MESES 2 DIAS	CC (Tipo)	1048020121 (Numero)

Cargo: **TÉCNICO SALUD PÚBLICA**

EPS	AFP	ARL
SAVIA SALUD E.P.S.	PENDIENTE	COLMENA

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:

EVALUACION MEDICA PREINGRESO ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCION VISUAL : PARA ACTIVIDADES DE DETALLE Y EXPOSICION A PANTALLAS	OTROS : SOLICITAR CITA DE REVISION POR PSICOLOGIA DE EPS UNA VEZ LABORANDO USO DE EPP PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL NO ALZAR PESO MAYOR DE : 12.5KG	DIETA BALANCEADA HABITOS SALUDABLES

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: A. Flores

Nombre: CC: 71796847 - ANDRES FELIPE FLOREZ

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

Código de Seguridad W1154C1I6824

Aspirante o Trabajador

Firma: Fanllany Hernandez

Nombre: HERNANDEZ MARTINEZ FANLLANY LUCIA

CC: 1048020121