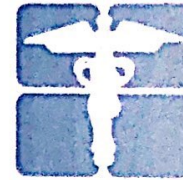




Socorro - Calle 13 No. 14-50 - Tel. 7273595-7275685 - Cel 3164708142 - 3164708139
San Gil - Calle 16 No. 9-76 - esquina Tel. 7240006 - Cel. 3188272062
Charalá - Calle 24 No. 15-19 - Tel. 7258760 - Cel. 3174330054
Mogotes - Carrera 9 No. 5-34



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 2.885

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	
04	01	2021	SOCORRO (SANTANDER, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	
DÍA	MES	AÑO	Ciudad		
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARA O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
PARTICULARES CONTADO			FUERZA AEREA COLOMBIANA		
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)					
AFANADOR MARIN ALFONSO			Genero	Edad	Documento de Identificación
Apellidos y Nombres			MASCULINO	37 AÑOS 5 MESES 28 DÍAS	CC
			Teléfonos		
				Tipo	Número
Cargo ABOGADO					
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL					
APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)					
Observaciones: NO APLICA					
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS					NO APLICA
APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS					NO APLICA
CUMPLE CON LOS REQUISITOS Y ES APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS					NO APLICA
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 MÉDICO OCUPACIONAL					
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
		USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES	
				CONTROL DE PESO	
				ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
				HACER DEPORTE	
				DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
EXAMEN FÍSICO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR, CARDIO CEREBRO VASCULAR Y DE EQUILIBRIO DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES, EXAMEN DE INGRESO SIN RESTRICCIÓN, PACIENTE CON PATOLOGÍA DE ORIGEN COMÚN QUE NO LIMITA LA LABOR, SE EDUCA EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, UN RITMO DE SUEÑO SALUDABLE, DIETA BALANCEADA, EJERCICIOS DE LA MENTE Y ACTIVIDAD FÍSICA 300 MINUTOS A LA SEMANA, BAJAR 5 KG, AUTO CUIDADO Y REPORTE DE CONDICIONES DE SALUD ESPECIALMENTE RESPIRATORIAS Y CONDICIONES DE RIESGO. SE EDUCA EN BIOSEGURIDAD (DISTANCIAMIENTO SOCIAL 2 MTS, HIGIENE DE MANOS CADA 2 HORAS, USO DE TAPABOCAS). SE EDUCA EN PYP (VACUNACION, DESPARASITACION). CONTROL OPTOMETRÍA ANUAL.					
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:			Firma:		
Nombre: AGUILAR GALVIS LEONARDO			Nombre: AFANADOR MARIN ALFONSO		
R. M.: 1262/98 L.S.O.: 024646/2015			CC: 91111971		