SEGUMEDIC
Comprometidos con Su Seguridad

NIT. 900.902.524 - 3
Carrera 49 # 45-39 Itagüí - Antioquia
Cel. 305 309 8044 - Tel. 6129734 - 6129737
E-mail. espseguridadysalud@gmail.com
www.segumedic.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 27.269

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
08 DÍA	07 MES	2026 AÑO	ITAGUI (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
INDEPENDIENTE	INDEPENDIENTE

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

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	
DUQUE HERRERA HECTOR IVAN	MASCULINO	52 AÑOS 6 MESES 25 DÍAS	CC (Tipo)	98565035 (Número)

Cargo: **INSTRUCTOR SENA**

EPS	AFP	ARL
SALUD TOTAL	COLPENSIONES	SURA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIONES 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:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	✓	VISIOMETRÍA	✓
EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	✓	GLUCOSA EN SUERO	✓
ESPIROMETRÍA	✓	Énfasis Psicosocial	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : Y SEGUIMIENTOS DE PATOLOGIA CARDIOVASCULAR EN SU ENTIDAD DE SALUD.	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTE.	SVE VISUAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA : DIETA HIPOCALÓRICA, RICA EN FRUTAS Y VERDURAS, BAJA EN HARINAS Y GRASAS

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

** ESPIROMETRÍA: TENIENDO EN CUENTA ANTECEDENTES, EXAMEN FISICO Y ESTE EXAMEN, SE CONSIDERA EL TRABAJADOR NO PRESENTA ALTERACION RESPIRATORIA QUE PUEDA INTERFERIR CON SU LABOR. SE RECOMIENDA USO DE PROTECCIÓN RESPIRATORIA SI TIENE RIESGO RESPIRATORIO.

** ÉNFASIS PSICOSOCIAL: SIN RIESGOS QUE PUEDA INTERFERIR CON SU LABOR. - ÉNFASIS RESPIRATORIO: TENIENDO EN CUENTA ANTECEDENTES, EXAMEN FISICO Y ESTE CUESTIONARIO, SE CONSIDERA EL TRABAJADOR NO PRESENTA ALTERACION RESPIRATORIA QUE PUEDA INTERFERIR CON SU LABOR.

OCUPACIONALES: ADULTO EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, SE CONSIDERA ADECUADA SU CONDICIÓN DE SALUD PARA EL DESEMPEÑO DE LAS DISTINTAS TAREAS DE SU OCUPACIÓN. SE RECOMIENDA PROMOVER ESTILOS DE VIDA Y TRABAJO SALUDABLES, CAPACITAR EN RIESGOS INHERENTES AL CARGO, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL NECESARIOS PARA EL DESEMPEÑO DE LAS TAREAS PROPIAS DE LA OCUPACION Y CAPACITACION EN SU USO Y MANTENIMIENTO, INFORMACION Y FORMACION AL TRABAJADOR SOBRE RIESGOS Y SUS MEDIDAS PREVENTIVAS, CONTROL ANUAL POR SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

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				Aspirante o Trabajador
Firma:				**Firma:** 
Nombre:	CC: 1067283780 - LILIANA PAOLA ARRIETA			**Nombre:** DUQUE HERRERA HECTOR IVAN
R. M.:	CC1067283780	**L.S.O.:** 2021060008548	**Código de Seguridad** R1240X1D27269	**CC:** 98565035