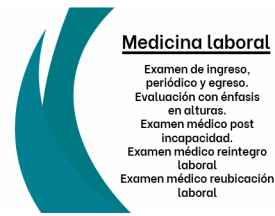




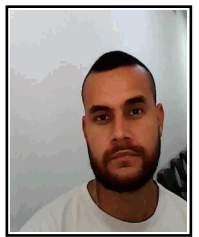
MO. MEDICAL
MEDICINA LABORAL
Nit: 901690082-1

Dirección: Calle 70 CC La Roca 2do piso
Cel: 350 710 7959
Correo: Mo.medicalsegovia@gmail.com



Medicina Laboral

Examen de ingreso,
periódico y egreso.
Evaluación con énfasis
en alturas.
Examen médico post
incapacidad.
Examen médico reintegro
laboral.
Examen médico reubicación
laboral.



Nº 13.355

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
29 DÍA	12 MES	2025 AÑO	SEGOVIA (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
PARTICULARES CONTADO				PARTICULARES			
CIU (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	
BALBIN GOMEZ CARLOS ANDRES				MASCULINO	28 AÑOS 10 MESES 7 DÍAS	CC	1152707628
						Tipo	Número
Cargo							
GESTOR DEPORTIVO							
EPS		AFP		ARL			
NO REFIERE		NO REFIERE		NO REFIERE			
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
APTO							
Observaciones: NO APLICA							
APTO		PARA SUPERFICIE					
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 OCUPACIONAL DE INGRESO				VISIOMETRIA TAMIZAJE			
AUDIOMETRÍA TAMIZAJE				-----			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES			
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		USO DE EPP		HÁBITOS SALUDABLES			
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA			
				DIETA BALANCEADA			
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
EXAMEN FÍSICO CON ÉNFASIS OSTEO-MUSCULAR: NORMAL. VISIOMETRÍA: NORMAL. AUDIOMETRIA: NORMAL. SE RECOMIENDA HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.							
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: CC: 43974015 - MARIA VIRGELINA AYALA				Nombre: BALBIN GOMEZ CARLOS ANDRES			
R. M.: 5302112				CC: 1152707628			
L.S.O.: LSO 202106009019							
Código de Seguridad							
K1394Q1W13355							