



NIT 901162983-8
CARRERA 16 #14-54
3174302959

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

FECHA:

7/03/26



TIPO DE EXAMEN

INGRESO ☒ PERIODICO ☐ TRABAJO EN ALTURAS ☐ ESPACIOS CONFINADOS ☐
EGRESO ☐ MANIPULACION DE ALIMENTOS ☐ OTRO: _____

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE: DAVID ARMANDO BECERRA TORRES C.C. 1.052.405.184 EDAD: 30 AÑOS
CARGO: AUXILIAR ADMINISTRATIVO EMPRESA: INDEPENDIENTE

SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES

1. Examen Medico Ocupacional con énfasis osteomuscular	☒	5. Visiometría	☐	Laboratorios tomados:
2. Audiometría	☐	6. Prueba Psicológica	☐	_____
3. Espirometría	☐	7. Psicosenométrico	☐	_____
4. Exámen Optométrico	☐	8. Otros:	☐	Cual: _____

CONCEPTO VALORACION MEDICA

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO	☒	SIN PATOLOGIA APARENTE	☒
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS	☐	APTOS PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS	☐
APTO CON RECOMENDACIONES	☐	CON PATOLOGIA QUE NO LO LIMITA PARA LABORAR	☐
APTO PARA TRABAJO ELECTRICO	☐	PUEDE CONTINUAR REALIZANDO SU LABOR	☐
APLAZADO	☐	APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS	☐

OBSERVACIONES: _____

CONTRAINDICACIONES MEDICAS PARA EL RETIRO

SI ☐ No ☐
Cuales? _____

RECOMENDACIONES

Médica	Ocupacionales
Valoración por _____	Uso elementos de protección personal ☒
_____	Ingreso al sistema de vigilancia epidemiológica
Reubicación laboral temporal ☐	VISUAL- OSTEOMUSCULAR-
HABITOS-ESTILOS DE VIDA SALUDABLES	
Dejar el hábito de fumar ☐	USAR PROTECCION VISUAL ☐
Deporte Semanal ☒	CONTROL DE PESO CORPORAL ☒
Citología ☐	

OBSERVACIONES

USAR LOS EPP ADECUADOS DE ACUERDO AL PROGRAMA DEL SG DEL SST DE LA EMPRESA

ADQUIRIR HABITOS ALIMENTICIOS SALUDABLES- CONTROL DE PESO

CON SU FIRMA EL TRABAJADOR CERTIFICA QUE NO HA OMITIDO INFORMACION ACERCA DE SU ESTADO DE SALUD, QUE TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO.

Consentimiento informado del trabajador o aspirante: autorizo al doctor(a) a realizar mi examen medico ocupacional registrado en este documento, se me ha explicado la naturaleza y proposito del examen, fui informado de las normas de confidencialidad, autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o empresas contempladas en la legislación vigente la informacion de este documento, finalmente manifiesto que he leído y entendido lo anterior y que los espacios en blanco han sido contemplados antes de mi firma y estoy en capacidad de expresar mi consentimiento

NOMBRE DEL MEDICO

ALFONSO ENRIQUE REYES
MEDICO OCUPACIONAL
FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL 1283

NOMBRE DEL TRABAJADOR

FIRMA Y C.C.