



N° 63.526

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
09 DÍA	01 MES	2026 AÑO	SEGOVIA (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
CARLOS ALBERTO ROJO MARQUEZ				CARLOS ALBERTO ROJO MARQUEZ			
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	
ROJO MARQUEZ CARLOS ALBERTO				MASCULINO	41 AÑOS 7 MESES 27 DÍAS	CC	15540177
						Tipo	Número
Cargo							
CONTRATISTA							
EPS		AFP		ARL			
NO REFIERE		NO REFIERE		NO REFIERE			
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)							
Observaciones: NO APLICA							
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					
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 OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR				VISIOMETRÍA			
AUDIOMETRÍA				ESPIROMETRÍA			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
VALORACIÓN POR EPS : - R635 -		USO DE EPP			CONTROL DE PESO		
		SVE VISUAL			ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA		
		SVE AUDITIVO			DIETA BALANCEADA		
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL					
		SVE OSTEOMUSCULAR					
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: 8661856 - MARCOS SERGIO IZAQUITA				Nombre: ROJO MARQUEZ CARLOS ALBERTO			
R. M.: 8387 / 87 - MINSALUD L.S.O.: 2022060368025 - 31/O				CC: 15540177			
Código de Seguridad							
X186D1J63526							