DR. ANDRÉS FELIPE FLÓREZ GÓMEZ.
Esp. En Seguridad y Salud en el Trabajo.
Clínica Santa Isabel. Urrao - Antioquia, Colombia
Dirección. Carrera 29 #31-31. Consultorio 3. - Cel. 310/010202 - E-mail. validarsst@gmail.com



40

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.035

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
26 DÍA	06 MES	2026 AÑO	URRAO (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
TRABAJADORES INDEPENDIENTES	E.S.E. HOSPITAL IVÁN RESTREPO GÓMEZ URRAO-ANTIOQUIA.

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	
RUEDA AGUIRRE MABEL CECILIA	FEMENINO	46 AÑOS 4 MESES 8 DÍAS	CC (Tipo)	43346946 (Número)

Cargo: **AUXILIAR DE ENFERMERÍA**

EPS	AFP	ARL
NUEVA E.P.S.	PORVENIR	COLMENA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIONES PARA LA OCUPACIÓN

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 MÉDICA PREINGRESO ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	DIETA BALANCEADA
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HÁBITOS SALUDABLES
	NO ALZAR PESO MAYOR DE : 12.5KG	

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

Firma:

Nombre: CC: 71796847 - ANDRES FELIPE FLOREZ

R. M.: 445302005 L.S.O.: 2021060097575

Código de Seguridad U1154A1G7035

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: RUEDA AGUIRRE MABEL CECILIA

CC: 43346946