



N° 63.457

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
08 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			
LUIS GAVIRIA ORTIZ				LUIS GAVIRIA ORTIZ			
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	
GAVIRIA ORTIZ LUIS				MASCULINO	63 AÑOS 7 MESES 23 DÍAS	CC	70252027
						Tipo	Número
Cargo							
ASESOR							
EPS		AFP		ARL			
NO REFIERE		NO REFIERE		NO REFIERE			
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)							
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				CONSENTIMIENTO INFORMADO			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
USAR CORRECCIÓN VISUAL : - H527 - USA LENTES		USO DE EPP			HÁBITOS SALUDABLES		
VALORACIÓN POR EPS : - H903 - R635 -		SVE VISUAL					
		SVE AUDITIVO					
		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: _____ Nombre: CC: 8661856 - MARCOS SERGIO IZAQUITA R. M.: 8387 / 87 - MINSALUD L.S.O.: 2022060368025 - 31/0				 Código de Seguridad V186B1H63457  Firma: _____ Nombre: GAVIRIA ORTIZ LUIS CC: 70252027			