Medical Protection
Salud Ocupacional

NIT. 900170405-2

Calle 71 #13-63 Carrera 12 #71-19 y Carrera 60 #5c-21
Cel. 3114416569 - Tel. 7953260 - E-mail. medicalprotection.citasmedicas@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 56.922

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
23 DÍA	10 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL PERIÓDICO**

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

INSTITUTO DE CASAS FISCALES DEL EJERCITO	**INSTITUTO DE CASAS FISCALES DEL EJERCITO**
Nombre de la empresa	**Empresa en misión**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

PENAGOS VANEGAS MIGUEL ANGEL	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	33 AÑOS 11 MESES 3 DÍAS	CC	1024523912
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
OP PINTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
EXAMEN PERIODICO SATISFACTORIO, CON PATOLOGIA QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA SU LABOR/CARGO ACTUAL.

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:

AUDIOMETRIA	✓	PERFIL LIPIDICO.	✓
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	OPTOMETRIA.	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**	**HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES**
CONTINUAR MANEJO MÉDICO	USO DE EPP	DEJAR DE FUMAR
USAR CORRECCIÓN VISUAL : EN ESFUERZO VISUAL	SVE OSTEOMUSCULAR	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		NO FUMAR
VALORACIÓN POR EPS : OPTOMETRÍA, MÉDICO		
ESPECIALISTA		

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

USO DE EPP. PAUSAS ACTIVAS IL. PAUSAS VISUALES IL. VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA EPS PARA CORRECCIÓN ÓPTICA. CONTINUAR VALORACIÓN MANEJO Y CONTROLES POR MÉDICO Y MÉDICO ESPECIALISTA (REUMATOLOGÍA).

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.

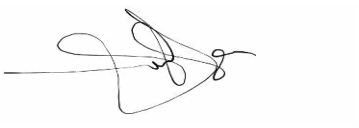
Médico



Firma:

Nombre: CC: 10528797 - JOSE ALEJANDRO BERMEO

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: PENAGOS VANEGAS MIGUEL ANGEL

R. M.:	10528797	L.S.O.:	10528797	Código de Seguridad	CC:	1024523912
				W1020C1I56922		