LABORAMOS SALUD OCUPACIONAL
NIT: 900849221-8
Dirección: Cra 51 # 52-72 2do Piso (Odilia Lozada)
Segovia, Antioquia
Celular: 312 883 7281
email: laboramossaludocupacional@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 63.825

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
16 DÍA	01 MES	2026 AÑO	SEGOVIA (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
LAINER ELACIDES RUA TORRES	LAINER ELACIDES RUA TORRES

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	
RUA TORRES LAINER ELACIDES	MASCULINO	43 AÑOS 11 MESES 6 DÍAS	CC (Tipo)	71086580 (Número)

Cargo:

COORDINADOR DE CIFD

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	✓	CONSENTIMIENTO INFORMADO	✓

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
	PAUSAS 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

Firma:

Nombre: CC. 8661856 - MARCOS SERGIO IZAQUITA

R. M.: 8387 / 87 - MINSALUD L.S.O.: 2022060368025 - 31/0

Código de Seguridad R186X1D63825

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: RUA TORRES LAINER ELACIDES

CC: 71086580