EJE SALUD LABORAL S.A.S

NIT: 900.656.746-6
Licencia en Salud Ocupacional: No. 75921
Dirección: Carrera 23 No. 23-60 Local 304 Edificio Cuellar
Teléfonos: 881 74 93 - 313 702 5954
Correo: ipsejesaludlaboral@gmail.com
Web: www.ejesaludlaboral.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 20.912

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
23 DÍA	09 MES	2025 AÑO	MANIZALES (CALDAS, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE PRE-INGRESO

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

PARTICULARES CONTADO	PARTICULAR
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)

HOLGUIN ROTAVISTA WILTON	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	29 AÑOS 11 MESES 13 DÍAS	CC	1054924257
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
CONTRATISTA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

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 MÉDICO OCUPACIONAL	✓	ESPIROMETRÍA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	VISIOMETRÍA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	SVE VISUAL	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

1. CLASIFICACIÓN EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA OSTEOMUSCULAR; DE ACUERDO A LA INFORMACIÓN DISPONIBLE Y EL EXAMEN REALIZADO SE CLASIFICA COMO

NO CASO.

AUDIOMETRIA NORMAL
OPTOMETRIA DEFECTO VISUAL CORREGIDO
ESPIROMETRIA NORMAL

La persona evaluada certifica con su firma, que toda la información que suministró sobre sus condiciones de salud; es cierta y que no omitió datos, sobre enfermedades, antecedentes, consumo de medicamentos. etc.; que puedan influir en el diagnóstico final de este examen.

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				Aspirante o Trabajador
Firma:				**Firma:**
Nombre:	CC: 1053795145 - JUAN SEBASTIAN OCAMPO			**Nombre:** HOLGUIN ROTAVISTA WILTON
R. M.:	17036	**L.S.O.:** 72659	**Código de Seguridad** J1323P1V20912	**CC:** 1054924257