COMPANY HEALTH S.A.S.
NIT: 900.861.108 – 5
Dirección: Diagonal 50 # 49 – 84 Piso 4, Edificio Colpatria
Teléfono: 604 4181810
Cel: 310 398 6466
Correo: comercial@companyh.co
Medellín



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 24.000

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
10 DÍA	02 MES	2024 AÑO	MEDELLÍN (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
ALCALDIA MUNICIPAL DE VENECIA	ALCALDIA MUNICIPAL DE VENECIA

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	Genero	Edad	Documento de Identificación	
PARRA TABORDA LEONARDO ALBERTO	MASCULINO	31 AÑOS 4 MESES 25 DÍAS	CC (Tipo)	1041149320 (Número)

Cargo	Eps	Afp	Arl
COORDINADOR DE GESTION DE RIESGO	SURA	PROTECCION	NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO PARA EL CUAL VA A SER CONTRATADO.

Observaciones: .

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 PSICOFÍSICO ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EN EL EXAMEN ESTÁTICO Y DINÁMICO DE LA COLUMNA Y DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR A NIVEL DE LOS DIFERENTES SEGMENTOS, NO SE EVIDENCIAN ATROFIAS NI LIMITACIONES DE LA MOVILIDAD, SE RECOMIENDA REALIZAR LA CAPACITACIÓN CONTINUA PARA EL ADECUADO MANEJO DE CARGAS Y DE POSTURAS EN EL TRABAJO PARA PREVENIR PATOLOGÍAS OSTEOMUSCULARES.
SI PERMANECE LA MAYORÍA DE LA JORNADA LABORAL EN LA MISMA POSTURA, SE RECOMIENDA EL USO DE MEDIAS DE GRADIENTE DE PRESIÓN.

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



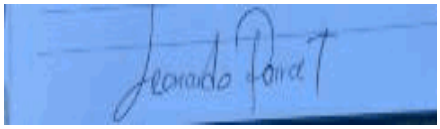
Firma:

Nombre: OCAMPO RENDON HUGO ALEXANDER

R. M.: 05200803 **L.S.O.:** 104471

Código de Seguridad
Z1412F1L24000

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: PARRA TABORDA LEONARDO ALBERTO

CC: 1041149320