



N° 20.352

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL					
26 DÍA	07 MES	2024 AÑO	SANTAFÉ DE ANTIOQUIA (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO					
			Ciudad						
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE									
PARTICULARES CONTADO				PARTICULARES					
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)									
FLORES SERNA MARLON ALEJANDRO				Genero		Edad		Documento de Identificación	
				MASCULINO		24 AÑOS 11 MESES 6 DÍAS		CC	1022100357
Apellidos y Nombres						Tipo		Número	
Cargo									
ARQUITECTO									
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL									
CUMPLE PARA EL CARGO/SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO									
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 CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR				✓				-----	
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES			
				USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES			
				SVE VISUAL		CONTROL DE PESO			
				SVE AUDITIVO		HACER DEPORTE			
				SVE CARDIOVASCULAR		DIETA BALANCEADA			
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES									
PUEDE LABORAR COMO ARQUITECTO ,SE REALIZA EXAMEN MEDICO CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR, EL CUAL NO PRESENTA ALTERACION A LA FECHA.									
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:				Firma:					
Nombre: CASTRO MUÑOZ REINEL ANTONIO				Nombre: FLORES SERNA MARLON ALEJANDRO					
R. M.: 13390999		L.S.O.: 2020060005371		Código de Seguridad		CC: 1022100357			
				K272Q1W20352					