Dr. Nicolás Charris Rodríguez

Licencia SST No. 10132 de 07/07/2021
e-mail: nicocharrisrod@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
29	10	2026	ITAGÜÍ-ANTIOQUIA	DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR
DÍA	MES	AÑO	CIUDAD	

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE	
INDEPENDIENTE	-
NOMBRE DE LA EMPRESA	**EMPRESA EN MISIÓN**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO			LUGAR DE NACIMIENTO	EDAD
SEBASTIÁN JIMENEZ QUINTERO	13	04	1992	MEDELLIN ANTIOQUIA	34
	DÍA	MES	AÑO		

TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	ESTADO CIVIL	GÉNERO	GRADO DE ESCOLARIDAD	
CC	1036639379	SOLTERO	M	TECNICO EN AGENTE DE TRANSITO	
NÚMERO DE HIJOS	**MUNICIPIO DE RESIDENCIA**	**DIRECCIÓN**	**EPS**	**ARL**	**AFP**
0	ITAGUI-ANTIOQUIA	DIRECCIÓN CRA 48 86-37	SURA		PROTECCION

CARGO: AGENTE DE TRÁNSITO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Examen preocupacional APTO sin limitación osteomuscular que interfiera en su capacidad para la labor asignada

NOTA: NO SE EVALUARON REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipulación Alimentos, Psicosensométrica)

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 Osteomuscular

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
-	Uso EPP	Actividad física aeróbica
-	Manejo de cargas acorde a norma NTC	Hacer deporte
-	Higiene postural	Dieta balanceada
-	Pausas activas	Buena higiene del sueño

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES: -

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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.

FIRMA Y SELLO MEDICO:	FIRMA ASPIRANTE O TRABAJADOR:
Nicolas H. Charris Rodriguez Medico Esp. en SST R.M. 000197 Lic. SST. 10132 C.C. 73166329	Sebastian Jimenez Q.