Healthy Work Group
Seguridad y Salud en el Trabajo
**Dirección:** Calle 10 # 3-33 Barrio Jesús
**Cel:** 317 367 7023 - 316 274 9587
**Correo:** citas@healthyips.com
**Web:** www.healthyips.com
*Santa Fé de Antioquia*



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

**N° 30.881**

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 19 DÍA | 08 MES | 2026 AÑO | SANTAFÉ DE ANTIOQUIA (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO |

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

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| EMPRESA DE DESARROLLO Y RENOVACIÓN MUNICIPAL DE SANTA FE DE ANTIOQUIA - EDU ANTIOQUIA | EMPRESA DE DESARROLLO Y RENOVACIÓN MUNICIPAL DE SANTA FE DE ANTIOQUIA - EDU ANTIOQUIA |

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 | |
|---|---|---|---|---|
| RIVERA PARRA JAIME ALBERTO | MASCULINO | 56 AÑOS 8 MESES 17 DÍAS | CC (Tipo) | 15403306 (Número) |

Cargo

**PORTERO**

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| NUEVA EPS | NO REFIERE | NO REFIERE |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**CON RECOMENDACIONES PARA EL CARGO**

Observaciones: *VER RECOMENDACIONES*

| | |
|---|---|
| **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 | HÁBITOS SALUDABLES |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | DIETA BALANCEADA |
| | SVE OSTEOMUSCULAR | |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

SIN RETSRICCIONES PARA SU CARGO. EVITAR MOVIMIENTOS DE IMPACTO DE RODILLA IZQUIERDA.

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:** CC: 91295815 - NEFTALI GOMEZ

**R. M.:** 5-3297-10 **L.S.O.:** 2017060104073

**Código de Seguridad**
**H272N1T30881**

**Aspirante o Trabajador**

**Firma:** Jaime Rivera

**Nombre:** RIVERA PARRA JAIME ALBERTO

**CC:** 15403306