MEDICENFER
Atención Integral para la Familia

C.C. Empresarial Guadalupe Plaza, 3er piso, 305 Dosquebradas
Cel. 311 609 2587 - Tel. (606) 3424040
consultoriomedico@medic-enfer.com
www.medicenfer.com
Nit: 1088007417-0



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 13.644

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 16 DÍA | 01 MES | 2026 AÑO | DOSQUEBRADAS (RISARALDA, COLOMBIA) Ciudad | CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO |

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

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| PARTICULARES CONTADO | PARTICULARES |

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 | |
|---|---|---|---|---|
| AGUIRRE RAMIREZ JHONNIER | MASCULINO | 37 AÑOS 4 MESES 21 DÍAS | CC (Tipo) | 1088261872 (Número) |

Cargo: **CONTRATISTA**

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

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
**CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA**

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:**

| | |
|---|---|
| CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ✓ | ---------- |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| USAR MEDIAS ANTIVÁRICES | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | HÁBITOS SALUDABLES |
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO | CAPACITACIÓN | FORTALECIMIENTO MUSCULAR |
| | USAR MEDIAS DE COMPRESION MEDIA | CONTROL DE PESO |
| | | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| | | HACER DEPORTE |
| | | DIETA BALANCEADA |

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: 1088007417 - MAURICIO MARIN

R. M.: 1088007417 L.S.O.: LPSST 2029-21

Código de Seguridad J551P1V13644

**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: AGUIRRE RAMIREZ JHONNIER

CC: 1088261872

Scanned with CamScanner