



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

No. 1 (#118760)

Ingreso con Énfasis Osteomuscular

CIUDAD: AGUACHICA

FECHA: 03 DIA 12 MES 2025 AÑO 09:17 PM HORA

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

Nombre de la Empresa ELECTRICAS DE MEDELLIN - INGENIERIA Y SERVICIOS S.A.S.	Cargo CONDUCTOR VEHICULO SEMIPESADO
Sede AGUACHICA	Sección / Empresa en Misión edemsa sola 235

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

Primer apellido CONTRERAS	Segundo apellido MENA	Primer nombre JOSE	Segundo nombre AUGUSTO
Tipo Identificación: Cédula de ciudadanía		Número: 1065876635	Edad: 36 años

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

- Sin limitaciones o restricciones para el cargo Con Restricciones o limitaciones para el cargo Aplazado

Se recomienda valoración por EPS:

Si No

Se entrega formato de remisión a EPS: Si No

LIMITACIONES O RESTRICCIONES

Describa cuales son, ante que condiciones o funciones, cuales factores de riesgo. T (temporal) P (Permanente)

Agentes o Factores de Riesgo	T . P	Recomendaciones
	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	

Recomendaciones:

USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, MANEJO ADECUADO DE CARGAS, HIGIENE POSTURAL, ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.

EXÁMENES REALIZADOS

Ingreso con Énfasis Osteomuscular E. Médico énfasis Osteomuscular AUDIOMETRIA ESPIROMETRIA VISIONMETRIA P. PSICOSENSOMÉTRICA GLICEMIA CUADRO HEMATICO PANEL DE 2 DROGAS

Otros Exámenes:

*APTO PARA CONDUCIR

Incluir en Programas de Vigilancia Epidemiológica: Cardiovascular Osteomuscular Auditivo Visual Respiratorio

Consentimiento informado del Aspirante o trabajador:

Consentimiento informado del Aspirante o trabajador: Autorizo al Dr(a) abajo mencionado(a) Profesional adscrito a Centro Integral de Apoyo Terapéutico Superar a realizar a mí el examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional(es) registrado(s) en este documento. El Dr(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico ocupacional junto con su(s) paraclinico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional(es), la asesoría antes de las tomas de las pruebas. Entiendo que la realización de las pruebas ocupacionales es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que se realizara el(los) examen(es) ocupacional(es). Fui informado de las medidas que tomará Centro Integral de Apoyo Terapéutico Superar para proteger la confidencialidad de la información de los exámenes realizados a mí. Manifiesto que he leído y comprendido perfectamente y que me encuentro en la capacidad de expresar mi consentimiento.

MÉDICO ESPECIALISTA:

Elver Cardeney A.

ASPIRANTE O TRABAJADOR / ACUDIENTE:

JOSE A CONTRERAS

Firma: _____

Nombre: Dr(a) ELVER CARDENAS ANTELIZ

Registro Médico: 1334 Licencia Salud Ocupacional: 8952

Firma: _____

Nombre: JOSE AUGUSTO CONTRERAS MENA

Documento: CC 1065876635

Se realiza la atención del usuario cumpliendo con los protocolos de Bioseguridad para COVID-19 en atención a los lineamientos de autoridades competentes como Ministerios de Trabajo, Salud y Seguridad Social.

Centro Integral de Apoyo Terapéutico Superar NIT. 900135067-8 / CL 4 No. 21-01 Barrio La Sabanita Tel. (605) 565 8190 - 3157579856 Aguachica, Cesar