



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

No. 1 (#118760)

Ingreso con Énfasis Osteomuscular



CIUDAD: AGUACHICA

FECHA:

03 12 2025 09:17 PM  
DÍA MES AÑO 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

Describe 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 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 ☒ VISIOMETRIA ☒ 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 paraclínico(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) paraclínico(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 paraclínico(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:

## ASPIRANTE O TRABAJADOR / ACUDIENTE:

Elver Cardenas A.

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