

Fecha Impresión:
08/07/2025 10:59:57 am

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL



901019120-8

Entidad Evaluadora: DIAGNOSTICO Y PREVENCION LABORAL S.A.S.

NIT: 901019120-8

Teléfono: 4448326

Código de habilitación: 0526616533

Correo: alcxbusta@gmail.com

Sede: ENVIGADO

Fecha del Examen: 08/07/2025 10:49

Fecha Atención: 08/07/2025 07:59

Tipo(s) de evaluación: Examen Médico Ocupacional de Pre-Ingreso

DATOS PERSONALES



Nombres: LUIS FERNANDO

Apellidos: FLOREZ BENITEZ

Tipo Documento: Cédula de ciudadanía

Nro Documento: 71762987

Fecha Nacimiento: 1976-08-29

Edad: 48 años

Sexo: Masculino

Dirección: ITAGUI

Pensiones: PORVENIR

ESTA ORDEN ES PARTICULAR

Cargo: INGENIERO

Perfil Biológico:

Factores de Riesgo:

Medidas de Protección:

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Concepto SIN PATOLOGIA QUE LIMITE EL CARGO

Concepto al Énfasis

ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

SIN HALLAZGOS A LA VALORACIÓN

Recomendaciones para el trabajador

- Llevar estilos de vida y hábitos de trabajo saludables.
- Hacer ejercicio de 3 a 6 veces por semana
- Trabajar atento y nunca laborar bajo efectos del licor y/o sustancias psicoactivas
- Higiene postural

Restricciones para el trabajador

ninguna

Recomendaciones para la Empresa

- Es necesario que el puesto de trabajo tenga adecuadas condiciones de iluminación y ventilación, acorde con las exigencias del oficio.
- Suministrar los elementos de protección personal necesarios para realizar el trabajo de manera segura
- Implementar el programa empresarial de pausas activas.
- Verificar de manera continua en el desarrollo del trabajo que las actividades y tareas a realizar no excedan las capacidades físicas y mentales
- Capacitación y entrenamiento adecuado previo a la realización de trabajos mayores a 1,5 metros de altitud; al igual que la respectiva certificación de aptitud para alturas.

Procedimientos Realizados

✓ EXAMEN MÉDICO PREOCUPACIONAL DE INGRESO
✓ OSTEOMUSCULAR

✓ AUDIOMETRIA TONAL

✓ VISIONETRIA

Recomendaciones Generales

- ✓ Pausas Activas
- ✓ Higiene Postural

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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

JESUS CORZZO

Luis Fernando Florez

PROFESIONAL: JESUS ABRHAN CORZZO SIERRA

MEDICO

Licencia: S.O 44 685/2014

Especialista en: medicina laboral

Registro: 0685

PACIENTE: LUIS FERNANDO FLOREZ BENITEZ

Documento: Cédula de ciudadanía: 71762987