



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 26.957

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
15 DÍA	08 MES	2025 AÑO	BARRANQUILLA (ATLÁNTICO, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
ASESORIA DE SERVICIOS LABORALES ASEL SAS				ASESORIA DE SERVICIOS LABORALES ASEL SAS			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
PALACIO TORRES MARIA HELENA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				FEMENINO	43 AÑOS 3 MESES 21 DÍAS	CC	57297678
Carga						Tipo	Número
MESERA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
APTO PARA LABOR ASIGNADA							
Observaciones: NO APLICA							
APTO				PARA MANIPULAR ALIMENTOS CUMPLIENDO CON LOS REQUISITOS			
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 OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR				COPROLOGICO			
VISIONOMETRÍA				FROTIS DE GARGANTA			
KOH EN UÑAS				-----			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO				USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES	
VALORACIÓN POR EPS : CONTROLAR SOBREPESO CON DIETA Y EJERCICIO				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		FORTALECIMIENTO MUSCULAR	
				SVE OSTEOMUSCULAR		CONTROL DE PESO	
						ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
						HACER DEPORTE	
						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
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.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
 Firma: _____ Nombre: CC: 1081761503 - UBALDO RAFAEL CASTILLO				 Firma: _____ Nombre: PALACIO TORRES MARIA HELENA			

R. M.: 1081761503 L.S.O.: 27-109 Código de Seguridad CC: 57297678

O839U1A26957