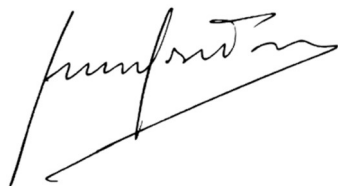


	CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL	CÓDIGO:	ES-SIG-RG-95
		VERSIÓN:	1
		FECHA:	25/05/2023
		PAGINA:	1 DE 1

Tipo de examen	Medico Ocupacional	Fecha	13/01/2026
Nombres y apellidos	Sebastián Ciro Nava	Identificación	1040261253
Puesto al que se va a contratar	Coordinador de obras	Empresa	Municipio San Francisco Antioquia
E.P.S	SURA EPS	Celular	3116466536

Edad	Genero	RH	T. Examen	Ciudad
32	(M)	O+	Ocupacional	Medellín

CONCEPTO	
Hago constar que en la fecha, se examinó al trabajador y/o aspirante suscrito, dentro del examen solicitado con el siguiente cuadro de valoración	
APTO	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="width: 40px; text-align: center;">X</div> <div>(para el puesto que trabaja o postula)</div> </div>
APTO CON PATOLOGÍAS QUE NO RESTRINGE LABORES DE SU CARGO	
APTO CON PATOLOGÍAS QUE RESTRINGE LABORES DE SU CARGO	
CONCLUSIONES	
EL PACIENTE FUE ATENDIDO EN TODAS LAS ESPECIALIDADES QUE INCLUIA SU PROTOCOLO: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL.	
NOTA: Este certificado es fiel transcripción de la historia clínica del trabajador y se tuvo en cuenta los resultados exámenes paraclínicos o pruebas complementarias.	
CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo al doctor Juan Pradera a bajo mencionado para realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El Doctor 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 Juan Pradera para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento para el bien cumplimiento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y para la situación contemplada en la misma legislación, igualmente para que remitan la historia 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.	



Nombre: Juan Pradera
C.C 3236934433
Médico especialista en Salud Ocupacional



Firma del Trabajador