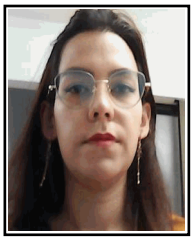
Colmédicos de Oriente S.A.
Seguridad y Salud en el trabajo

NIT. 811019808-1
Carrera 51 N 49 – 07 Edificio Los Heroes - Tels. 5611916- 5613423
E-mail. colmedicosdeoriente@yahoo.com
www.colmedicosdeorientesa.com



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 50.840

| 06 DÍA | 11 MES | 2024 AÑO | RIONEGRO (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL: EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO |
|---|---|---|---|---|

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

| PARTICULARES CONTADO | PARTICULARES |
|---|---|
| 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)

| GOMEZ QUINTERO KATHERINE | | | | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | FEMENINO | 30 AÑOS 9 MESES 15 DÍAS | CC | 1036948969 |
| Apellidos y Nombres | | | | | | Tipo | Número |
| Fecha de Nacimiento | Estado Civil | Número de hijos | Teléfono | Dirección | | Municipio | |
| 21/01/1994 | SOLTERO(A) | 1 | 3126029333 | CR 57 B N 48 B 35 | | RIONEGRO (ANTIOQUIA, COLOMBIA) | |
| Escolaridad | Responsable | | Teléfono del Responsable | EPS | | ARL | |
| TÉCNICO | HOMERO GOMEZ | | 3136613232 | SURA | | SURA | |

Cargo
**AUXILIAR ADMINISTRATIVA**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO**

Observaciones: *NO APLICA*

| N/A | NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) |
|---|---|

| 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 | ✓ | VISIOMETRÍA | ✓ |
| AUDIOMETRÍA | ✓ | ---------- | |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| CONTINUAR MANEJO MÉDICO : POR PATOLOGÍA DE BASE | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| USAR CORRECCIÓN VISUAL | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | CONTROL DE PESO |
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO | EDUCACIÓN EN NORMAS DE HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, CONTROL DE RIESGOS Y PREVENCIÓN DE ACCIDENTES RELACIONADOS CON SU CARGO | DIETA BALANCEADA |
| PEDIR CITA DE CONTROL ANUAL CON OPTÓMETRA EN EPS | | |

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

**Médico**




**Firma:**

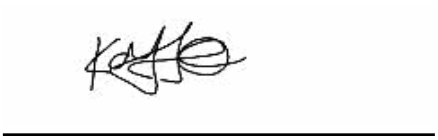
**Nombre:** PEREZ AGUIRRE LILIANA MARIA

**R. M.:** 54389-10 **L.S.O.:** 2021060130298

**Código de Seguridad**

**B835H1N50840**

**Aspirante o Trabajador**



**Firma:**

**Nombre:** GOMEZ QUINTERO KATHERINE

**CC:** 1036948969