MEDICPLUS
Dra. Andrea Manga
NIT: 1045721836 - RM: 10457218364
Resolución esp: 3307
Mail: medicplus.gerencia@gmail.com
Barranquilla



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 300

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
28 DÍA	03 MES	2025 AÑO	MALAMBO (ATLÁNTICO, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFÁSIS OSTEOMUSCULAR

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
FUNDACIÓN DESARROLLO SOCIAL JAIME URQUIJO BARRIOS	FUNDACIÓN DESARROLLO SOCIAL JAIME URQUIJO BARRIOS

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
SANZ BONADIEZ MAIRA LUCIA	FEMENINO	31 AÑOS 3 MESES 13 DÍAS	CC (Tipo)	1046272018 (Número)

Cargo
PSICOLOGA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
SIN DEFECTO FÍSICO QUE NO IMPIDE REALIZAR LABOR ASIGNADA

Observaciones: *APTO PARA EL CARGO*

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:

Examen médico ocupacional de ingreso ✓	----------

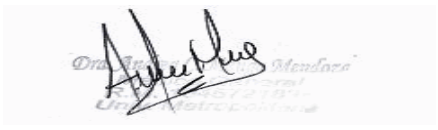
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

-EJERCICIO FISICO 30 MINUTOS DE INTESIDAD MODERADA DIARIOS.
-BUENA HIGIENE POSTURAL
-CONTROL DE VISIOMETRIA ANUAL
-CONTROL MÉDICO ANUAL
-DIETA BALANCEADA, ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
-PAUSA ACTIVA CADA DOS HORAS DE 5 MINUTOS

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: MANGA MENDOZA ANDREA CAROLINA

R. M.: 1045721836 **L.S.O.:** 3337

Código de Seguridad
Q1704W1C300

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: SANZ BONADIEZ MAIRA LUCIA

CC: 1046272018