LABORMED IPS S.A.S
La salud de sus empleados en manos de especialistas!
NIT. 901079142-6
Carrera 19 N° 15 - 67 Calle de las Flores - Sincelejo, Colombia
Cel. 3183078651 - 3005115362 - Tel. 2786106 - E-mail. labormedsas@gmail.com

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 12,895

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
2 DÍA	**09** MES	**2025** AÑO	**SINCELEJO (SUCRE, COLOMBIA)** Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR**

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)

CHAMORRO SALCEDO LINA MARCELA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	femenino	35 AÑOS 5MESES	CC	1.100.625.021
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
TECNICO ASISTENTE ADMINISTRATIVO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO

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 MÉDICO OCUPACIONAL ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**	**HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES**
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES GENERALES Y PREVENTIVAS:
AMBIENTE Y PUESTO DE TRABAJO IDEAL PARA REALIZAR LA LABOR.
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS LABORALES CADA 2 HORAS DURANTE 5 MINUTOS
HIGIENE POSTURAL PARA LABORAR
VALORACION OPTOMETRICA ANUAL EN SU EPS PREVENTIVA.
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL PARA LABORAR.

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: ARRIETA ANGEL PETTY PATRICIA

R. M.: 7046704 **L.S.O.:** 365

Código de Seguridad
A819G1M12895

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: CHAMORRO SALCEDO LINA MARCELA

CC: 1.100.625.024