



CENTRO OCUPACIONAL INTEGRAL BUGA S.A.S

NIT: 900448249-5

Dir: Carrera 17 # 3 - 39, Buga, Valle del Cauca
Correo: centroocupacionalintegralbuga@gmail.com
Cel: 304 340 0478 - 304 360 7047



N° 48.327

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
21 DÍA	01 MES	2025 AÑO	GUADALAJARA DE BUGA (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA)		
			Ciudad		
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR					
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
ALCALDIA DE BUGA - CONTRATISTA			ALCALDÍA DE BUGA - CONTRATISTA		
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)					
RODRIGUEZ LIBREROS JUAN PABLO			Genero	Edad	Documento de Identificación
Apellidos y Nombres			MASCULINO	55 AÑOS 0 MESES 14 DÍAS	CC 14892992
Cargos			Celular		
CONTRATISTA			3157712966		
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL					
SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO A DESEMPEÑAR					
Observaciones: RECOMENDACIONES ANOTADAS					
N/A NO SE EVALUARÁN 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					
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : ANTECEDENTES DE LINFOMA NO HODGKIN USAR CORRECCIÓN VISUAL EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		USO DE EPP PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		HÁBITOS SALUDABLES HACER DEPORTE	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
PACIENTE MASCULINO DE 55 AÑOS DE EDAD POR SOBREPESO : DIETA ADECUADA, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES Y EJERCICIOS ,CONTROL POR OPTOMETRIA EN SU CADA AÑOS EN SU EPS , CONTINUAR CONTROL EN SU EPS POR ANTECEDENTES DE LINFOMA ,ACTUAL CONTROLADO Y TRATADO USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN DE ACORDE A LOS FACTORES DE RIESGOS EXPUESTO, EDUCACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y MEDIDAS DE ERGONOMIA, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS SIN DÉFICIT NEUROLÓGICOS, BUENA RESPIRACIÓN, NIEGA DOLOR ARTICULAR O LIMITACION FISICA, NIEGA SÍNTOMA GRIPAL O FIEBRE EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS , CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD PARA COVID 19					
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:			Firma:		
Nombre: ANAYA HADECHINI LAURA DANIELA			Nombre: RODRIGUEZ LIBREROS JUAN PABLO		
R. M.: 137420-04			L.S.O.: 0420		
			CC: 14892992		