CENTRO MEDICO LABORATORIO CLINICO OLAYA SAS

Nit 900171517-3

Dirección CRA 21 N 26-52 SUR/ CRA 21 N 23-38 SUR BARRIO OLAYA BOGOTA

Teléfonos 2397687-3478768

Correo electrónico centromedicoolaya@gmail.com

www.centromedicoolaya.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 13.321

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
25 DÍA	08 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

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

PARTICULARES CONTADO	SUB RED SUR
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)

VANEGAS MANRIQUE MARIA FERNANDA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	26 AÑOS 6 MESES 4 DÍAS	CC (Tipo)	1010094336 (Numero)
Apellidos y Nombres				

Cargo
INGENIERA AMBIENTAL

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCION

Observaciones: *NO APLICA*

APTO	APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES

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	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
	CAPACITACIÓN	DIETA BALANCEADA

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

Dr. FRANKLIN ANDRES GUEVARA 25/8/25
Médico Cirujano
Médico Especialista en SST
RETHUS - RM. CE. 289190
EN CASO DE VALIDACIÓN O CONFIRMACIÓN DEL CONCEPTO POR LA EPS SE DEBE LICENCIADO EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO POR LA INSTITUCION)

Firma:

Nombre: CE: 289190 - FRANKLIN ANDRES GUEVARA

R. M.: 289190 L.S.O.: 6011 DE 09/05/2018

Código de Seguridad
K1261Q1W13321

Aspirante o Trabajador

Firma: fernanda vanegas cc:1010094336.

Nombre: VANEGAS MANRIQUE MARIA FERNANDA

CC: 1010094336

Scanned with CamScanner