Fecha Impresión: **21/05/2025 03:01:34 pm**	**CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL**	DPLaboral CRC Exámenes para Conductores Exámenes Laborales 901019120-8

Entidad Evaluadora: DIAGNOSTICO Y PREVENCION LABORAL S.A.S.	**NIT:** 901019120-8	**Teléfono:** 4448326
Código de habilitación: 0526616533	**Correo:** alexbusta@gmail.com	**Sede:** ENVIGADO

Fecha del Exámen: 21/05/2025 14:50	Fecha Atención: 21/05/2025 14:46	Tipo(s) de evaluación: Examen Médico Ocupacional de Pre-Ingreso

DATOS PERSONALES



Nombres: DANIELA		Apellidos: ARANGO CASTILLO
Tipo Documento: Cédula de ciudadanía		Nro Documento: 1037641686
Fecha Nacimiento: 1995-04-23	Edad: 30 años	Sexo: Femenino
Dirección: MEDELLIN		
Pensiones:		

ESTA ORDEN ES PARTICULAR

Cargo: CONTRATISTA	Perfil Biológico:	Factores de Riesgo:	Medidas de Protección:

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Concepto	SIN PATOLOGIA QUE LIMITE EL CARGO

Concepto al Énfasis

ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	SIN HALLAZGOS A LA VALORACIÓN

Recomendaciones para el trabajador

- Llevar estilos de vida y hábitos de trabajo saludables.
- Hacer ejercicio de 3 a 6 veces por semana
- Trabajar atento y nunca laborar bajo efectos del licor y/o sustancias psicoactivas
- Higiene postural

Restricciones para el trabajador

ninguna

Recomendaciones para la Empresa

- Es necesario que el puesto de trabajo tenga adecuadas condiciones de iluminación y ventilación, acorde con las exigencias del oficio.
- Suministrar los elementos de protección personal necesarios para realizar el trabajo de manera segura
- Implementar el programa empresarial de pausas activas.
- Verificar de manera continua en el desarrollo del trabajo que las actividades y tareas a realizar no excedan las capacidades físicas y mentales
- Capacitación y entrenamiento adecuado previo a la realización

Procedimientos Realizados

✓ OSTEOMUSCULAR	

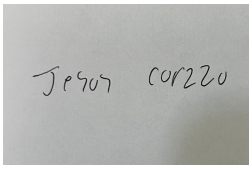
Recomendaciones Generales

✓ Pausas Activas	✓ Higiene Postural	

Tratamiento de Datos

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

	
PROFESIONAL: JESUS ABRHAN CORZZO SIERRA	PACIENTE: DANIELA ARANGO CASTILLO
MEDICO	Documento: Cédula de ciudadanía: 1037641686
Licencia: S.O 44 685/2014	
Especialista en: medicina laboral	
Registro: 0685	