



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 14.745

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
08 DÍA	10 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	INGRESO OPERATIVO - PARTICULAR			
			Ciudad				
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)							
ARBOLEDA CARDONA ELIANA ANDREA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	43 AÑOS 3 MESES 20 DÍAS	CC	43289515
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo ENFERMERA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL PUEDE DESEMPEÑARSE EN EL CARGO. NO SE EVIDENCIA(N) CONDICIONE(S) DE SALUD QUE PUDIERAN Observaciones: NO APLICA INTERFERIR CON 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:							
FICHA OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR - PARTICULAR				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO			USO DE EPP			HÁBITOS SALUDABLES	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO			PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			FORTALECIMIENTO MUSCULAR	
						CONTROL DE PESO	
						ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
- USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A LA EXPOSICIÓN DE AGENTES, HIGIENE POSTURAL, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS SEGÚN PROGRAMA EMPRESARIAL. MANEJO ADECUADO DE PESOS Y CARGAS SEGÚN LA NORMATIVA COLOMBIANA VIGENTE.							
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: CC: 1083456484 - KAREN PAOLA MELENDEZ				Nombre: ARBOLEDA CARDONA ELIANA ANDREA			
R. M.: 52101814		L.S.O.: 2021060091867		Código de Seguridad		CC: 43289515	
R1088X1D14745							