



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 18.369

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
22 DÍA	01 MES	2025 AÑO	YOPAL (CASANARE, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULAR				PARTICULAR			
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)							
CAMELO YULI				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	46 AÑOS 6 MESES 22 DÍAS	CC	23726330
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargos							
SERVICIOS GENERALES							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
APTO							
Observaciones: NO APLICA							
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:							
EXAMEN MÉDICO OSTEOMUSCULAR ☒							
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
VALORACIÓN POR EPS : NUTRICION			USO DE EPP PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL CAPACITACIÓN : RIESGO ADHERENTE AL CARGO			HABITOS SALUDABLES CONTROL DE PESO DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
NO PRESENTA ALTERACION OSTEOMUSCULARES AL EXAMEN FISICO QUE ALTEREN SU LABOR							
PROMUEVA SU AUTOCUIDADO							
REALIZAR EJERCICIO 40 MINUTOS 3 VECES POR SEMANA CONSUMIR ALIMENTACION BALANCEADA							
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: RUIZ TORRES KELLY VANESSA				Nombre: CAMELO YULI			
R. M.: 1010201040 L.S.O.: 1317				CC: 23726330			
Código de Seguridad Q1368W1C18369							



Código de Seguridad
E1368K57Q18369



N° 18369

RECOMENDACIONES Y REMISIONES MÉDICAS LABORALES

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
22	01	2025	YOPAL (CASANARE, COLOMBIA)	
DÍA	MES	AÑO	Ciudad	
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE				
PARTICULAR			PARTICULAR	
Nombre de la empresa			Empresa en misión	
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cédula de Ciudadanía, CE, Cédula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)				
CAMELO YULI			Genero	Edad
Apellidos y Nombres			FEMENINO	46 AÑOS 6 MESES 22 DÍAS
			Documento de Identificación	CC
			Tipo	23726330
Número				
Cargos				
SERVICIOS GENERALES				
TIENE REMISIONES A SERVICIOS DE SALUD: NO				
RECOMENDACIONES Hábitos y Estilos de Vida Saludables				
Hábitos saludables, control de peso, dieta balanceada				
RECOMENDACIONES OCUPACIONALES				
USO DE EPP, PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, CAPACITACIÓN: RIESGO ADHERENTE AL CARGO				
RECOMENDACIONES MÉDICAS				
VALORACIÓN POR EPS: NUTRICION				

Datos del Médico:

Responsable del SG-SST:

Recibido por el trabajador o aspirante

[Firma manuscrita]

Profesional: RUIZ TORRES KELLY VANESSA

R. M.: 1010201040 L.S.O.: 1317

Especialidad: MEDICA

Documento:

Nombre:

Fecha:

Documento:

Nombre:

Fecha: