



DIPOSALUD
 N.º 900.653.426-0
 Cra 12 # 36-30 Brr Santa Helenita
 diposalud@gmail.com



N° 218.072

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
27 DÍA	03 MES	2025 AÑO	PUERTO CARREÑO (VICHADA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR DE INGRESO			
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
DIPOSALUD SAS Nombre de la empresa				HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS 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)							
MENESES GUACARAPARE NATHALY Apellidos y Nombres				Genero FEMENINO	Edad 22 AÑOS 10 MESES 23 DÍAS	Documento de Identificación CC 1192716845	
				Teléfonos		Tipo	Número
Cargo ÁREA FACTURACION							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)							
Observaciones: NO APLICA							
NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)							N/A
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 MEDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR DE INGRESO				✓	-----		
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
VALORACIÓN POR EPS : NUTRICION, MEDICINA INTERNA			USO DE EPP : SI LOS LLEGARE A REQUERIR		HABITOS SALUDABLES		
			PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		FORTALECIMIENTO MUSCULAR		
			CAPACITACIÓN		CONTROL DE PESO		
					ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA		
					HACER DEPORTE		
					DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
<p>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.</p>							
Médico				Aspirante o Trabajador			
 Dr. Israel David Potes C. Médico Esp. Salud Ocupacional Licencia Salud Ocupacional Res. 13782. 2 Nov/2021 - RM 2816/99							
Firma:				Firma:			
Nombre: POTES CAMPO ISRAEL DAVID				Nombre: MENESES GUACARAPARE NATHALY			
R. M.: 2816 DE 1999 L.S.O.: 13782 DE 2 DE NOVIEM				CC: 1192716845			