IPS LUZ MÉDICA
Salud integral para el trabajo

NIT: 900972966-4
Dir: Carrera 35 A # 18 - 10 Esquina
Barrio Palermo - Pasto
Cel: 310 468 1337 - 318 413 6077
Email: luzmedicapasto@gmail.com



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 78.351

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 04 DÍA | 06 MES | 2025 AÑO | PASTO (NARIÑO, COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO |

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

**PARTICULARES**

**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)

| ANDRADE MARTINEZ JUANA ISABEL (Apellidos y Nombres) | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| | FEMENINO | 51 AÑOS 10 MESES 11 DÍAS | CC (Tipo) | 27443041 (Número) |

| PESO (Kg) | 63.00 | TALLA (Cm) | 162 | IMC | 24.01 - PESO NORMAL |
|---|---|---|---|---|---|

Cargo

**CONTRATISTA DE ASESORIA**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO**

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:**

EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL | TAMIZAJE VISUAL

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| USAR CORRECCIÓN VISUAL | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| EXÁMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO | SVE VISUAL | FORTALECIMIENTO MUSCULAR |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| | | HACER DEPORTE |
| | | 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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**

MEDICINA LABORAL Y MEDICINA DEL TRABAJO
MEDICINA ALTERNATIVA
Dr. Hermann Giovanni Enriquez Barba
U. Caldas - U. Javeriana - U. Ces
RM 3894-96 Res 230

**Firma:**

**Nombre:** ENRIQUEZ BARBA HERMANN GIOVANNI

**R. M.:** 3894 **L.S.O.:** 230

**Código de Seguridad**
H39N1T78351

**Aspirante o Trabajador**

**Firma:**

**Nombre:** ANDRADE MARTINEZ JUANA ISABEL

**CC:** 27443041