CONCEPTOS APTITUD LABORAL OPS ESM CACOM-2				
No.	**CONTRATISTA**	**FECHA EXAMEN MEDICO**	**FECHA OPTOMETRIA**	**CONCEPTO DE APTITUD**
1	MORENO QUEVEDO YINETH MARCELA	21/02/2024	21/02/2024	VERIFICADO ASSET
2	CALA AMAYA JAIME ENRIQUE	10/01/2024	10/01/2024	VERIFICADO ASSET
3	CARVAJAL ESCOBAR LUISA FERNANDA	10/01/2025	10/01/2025	VERIFICADO ASSET
4	CASTRO ESTEVEZ LUISA FERNANDA	11/09/2024	11/09/2024	VERIFICADO ASSET
5	PEREZ REINOSO AUDY MILENA	12/09/2024	12/09/2024	VERIFICADO ASSET
6	SARMIENTO SERNA MILENA ESTHER	16/12/2025	16/12/2025	VERIFICADO ASSET
7	VARGAS HUANIRI ANGELA PATRICIA	12/09/2024	12/09/2024	VERIFICADO ASSET
8	OTALORA CASTELLANOS PAOLA ANDREA	9/06/2025	9/06/2025	VERIFICADO ASSET



SMSM. Carolina Avila Avila
07/01/2026
Área Seguridad y Salud en el Trabajo JEFSA FAC

IPS Centro de Diagnostico Ocupacional

Servicio prestado a través de la RED DE ALIADOS ESTRATÉGICOS.
Licencia en Seguridad y Salud en el Trabajo: Resolución 1442 de 2024
Email: rednacional@sgi.com.co - Tels: 320 339 8429
www.ipscdo.com.co

CONFIANZA IPS GESTORES EN SALUD

CONFIANZA IPS SAS

Nit: 901.467.026 - 4
Dirección: Carrera 36 No 33 A - 08
Cel: 312 433 2036
E-mail: administracion@confianzaips.com
Web: www.confianzaips.com

ONAC ACREDITADO
ISO/IEC 17024:2012
22-CEP-070



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 11.092

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
11 DÍA	09 MES	2024 AÑO	VILLAVICENCIO (META, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE PERIÓDICO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
JEFATURA SALUD FUERZA AEREA	JEFATURA SALUD FUERZA AEREA

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
CASTRO ESTEVEZ LUISA FERNANDA	FEMENINO	29 AÑOS 2 MESES 0 DÍAS	CC (Tipo)	1121931180 (Número)

Cargo
AUXILIAR DE ENFERMERIA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
ES SATISFACTORIA SU CONDICION DE SALUD PARA EL DESEMPEÑO DE SU TRABAJO HABITUAL

Observaciones: *NO APLICA*

APTO | APTO CON RECOMENDACIONES

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

Optometría	✓	Examen Medico Ocupacional Periodico	✓
ANEXO OSTEOMUSCULAR	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : CONTINUAR EN MANEJO ESTRICTO POR MEDICINA GENERAL.	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: RUIZ AMAYA KAREN DANIELA

R. M.: 24289 **L.S.O.:** 364

Código de Seguridad
H1019N7T11092

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: CASTRO ESTEVEZ LUISA FERNANDA

CC: 1121931180