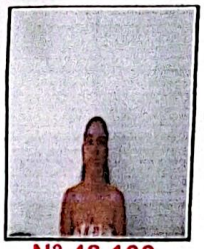
CENTRO OCUPACIONAL INTEGRAL BUGA S.A.S

NIT: 900448249-5
Dir: Carrera 17 # 3 - 39, Buga, Valle del Cauca
Correo: centroocupacionalintegralbuga@gmail.com
Cel: 304 340 0478 - 304 360 7047



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 48.100

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
15 DÍA	01 MES	2025 AÑO	GUADALAJARA DE BUGA (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

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

CONCEJO MUNICIPAL DE GUADALAJARA DE BUGA	CONCEJO MUNICIPAL DE GUADALAJARA DE BUGA
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)

DIAZ MONDRAGON VALENTINA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	23 AÑOS 3 MESES 25 DÍAS	CC	1006227496
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
CONTRATISTA

Celular
3188985724

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCION PARA EL CARGO A DESEMPEÑAR

Observaciones: *RECOMENDACIONES ANOTADAS*

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:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	✓ ----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

PACIENTE FEMENINA DE 23 AÑOS DE EDAD POR ALTERACION VISUAL CONTROL POR OPTOMETRIA EN SU CADA AÑO USAR LENTES MEDICADOS,, USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN DE ACORDE A LOS FACTORES DE RIESGOS EXPUESTO, EDUCACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y MEDIDAS DE ERGONOMIA, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS SIN DÉFICIT NEUROLÓGICOS, BUENA RESPIRACIÓN, NIEGA DOLOR ARTICULAR O LIMITACION FISICA, NIEGA SÍNTOMA GRIPAL O FIEBRE EN LOS ÚLTIMOS 15 DIAS , CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE BIOSGURIDAD PARA COVID 19 .

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

Laura Anaya H. Médico General Salud Ocupacional

Firma:

Nombre: ANAYA HADECHINI LAURA DANIELA

R. M.: 137420-04 L.S.O.: 0420

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: DIAZ MONDRAGON VALENTINA

CC: 1006227496