ESPECIALISTAS EN SALUD OCUPACIONAL
Nit. 900372493-8
Cel. 3183940160- 2374442 - 2390179
Calle 4 # 17 -29 - Guadalajara de Buga
sistemas@prowork.com.co



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

**N° 128.325**

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 13 DÍA | 01 MES | 2025 AÑO | GUADALAJARA DE BUGA (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MEDICA OSTEOMUSCULAR INGRESO |

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

**ALCALDIA MUNICIPAL DE GUADALAJARA DE BUGA**

**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)

| Apellidos y Nombres | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| SANCLEMENTE FLOREZ DAHIANA | FEMENINO | 22 AÑOS 11 MESES 0 DÍAS | CC (Tipo) | 1193551275 (Número) |

Cargo
**CONTRATISTA**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

## NO PRESENTA RESTRICCIONES

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 MÉDICA OSTEOMUSCULAR ✓ | ---------- |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| | EDUCACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y MEDIDAS DE ERGONOMÍA. DOTAR Y EXIGIR USO ADECUADO DE EPP SEGÚN EXPOSICIÓN Y LABOR A DESEMPEÑAR | |

**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. De igual manera he sido notificado por parte del médico evaluador del resultado obtenido a raíz de la evaluación médica ocupacional.

**Médico**

Dr. Jorge Humberto Arias P.
Médico Cirujano
Especialista SST
TP 8909
Lic. SST 1372 SSR

**Firma:**

**Nombre:** ARIAS PATIÑO JORGE HUMBERTO

**R. M.:** 5900 **L.S.O.:** SST. 1372 SSR

**Código de Seguridad**
**X475D1J128325**

**Aspirante o Trabajador**

Dahiana S.F.

**Firma:**

**Nombre:** SANCLEMENTE FLOREZ DAHIANA

**CC:** 1193551275

Nit. 900372493-8
Cel. 3183940160- 2374442 - 2390179
Calle 4 # 17 -29 - Guadalajara de Buga
sistemas@prowork.com.co

# RECOMENDACIONES

**Paciente:** SANCLEMENTE FLOREZ DAHIANA

**Fecha:** 13/01/2025

**Identificación:** CC: 1193551275

**Fecha Nacimiento:** 12/02/2002

**Cargo:** CONTRATISTA

**Edad:** 22 AÑOS 11 MESES 0 DÍAS

**Género:** FEMENINO

**Estado Civil:** SOLTERO(A)

**Dirección:** CL 21 14 40

**Ciudad:** GUADALAJARA DE BUGA (VALLE DEL CAUCA, CO

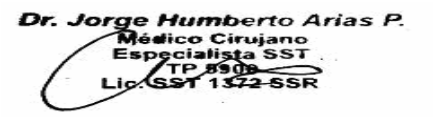
## RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

EDUCACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y MEDIDAS DE ERGONOMÍA. DOTAR Y EXIGIR USO ADECUADO DE EPP SEGÚN EXPOSICIÓN Y LABOR A DESEMPEÑAR

## RECOMENDACIONES GENERALES

EJERCICIO FÍSICO REGULAR, DE ACUERDO A SU ESTADO FÍSICO Y CONDICIÓN DE SALUD, ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA, BAJA EN GRASAS Y HARINAS, RICA EN VERDURAS Y FRUTAS, DEFECTO DE REFRACCIÓN ADECUADAMENTE CORREGIDO. CONTROL ANUAL POR OPTOMETRÍA

### Médico




**Firma:**

**Nombre:** ARIAS PATIÑO JORGE HUMBERTO

**R. M.:** 5900 **L.S.O.:** SST. 1372 SSR