INSTITUTO METROPOLITANO DE ECOGRAFIA S.A.S
nit: 800067401 - 0
Dirección: CALLE 54 # 45 - 31
Teléfonos: 448 58 50
Correo electrónico: Medicinalaboral@imeco.com.co
Dirección página web www.imeco.com.co

imeco
Ecografía e Imágenes Diagnósticas



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 11,019

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
09 DÍA	01 MES	2026 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULAR	PARTICULARES

CIIU (Actividad Económica) del empleador: **SIN REGISTRAR**

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	Género	Edad	Documento de Identificación	
LONDOÑO SERNA LUZ DEY	FEMENINO	58 AÑOS 3 MESES 10 DÍAS	CC (Tipo)	43512596 (Número)

Cargo: **INSTRUCTORA- DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO**

EPS	AFP	ARL
SURA	COLPENSIONES	POSITIVA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO CON PATOLOGÍA APARENTE QUE NO LIMITA LA LABOR

Observaciones: *NO APLICA*

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:

047 LABORAL Y/O ADMINISTRATIVO	✓	00423 VISIOMETRIA	✓
00123 EXAMENES DE SALUD OCUPACIONAL DE INGRESO	✓	PRUEBA PSICOSOCIAL	✓
00823 AUDIOMETRIA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : SEGUN NECESIDAD	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

PRUEBA SICOCOCIAL NORMAL
AUDIOMETRIA NORMAL BILATERAL
VISIOMETRIA NORMAL CON CORRECCION
EXAMEN OSTEOMUSCULAR ASINTOMATICO AL MOMENTO DEL EXAMEN, SIN ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES APARENTES

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: CC: 63307432 - MARTHA BIBIANA NUÑEZ

R. M.: 10276 **L.S.O.:** 60229560

Código de Seguridad
A1335G1M11019

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: LONDOÑO SERNA LUZ DEY

CC: 43512596

INSTITUTO METROPOLITANO DE ECOGRAFIA S.A.S
nit: 800067401 - 0
Dirección: CALLE 54 # 45 31
Teléfonos: 448 58 50
Correo electrónico: Medicinalaboral@imeco.com.co
Dirección página web www.imeco.com.co

imeco
Ecografía e Imágenes Diagnósticas

Código de Seguridad
Z1335F57L11019



N° 11019

RECOMENDACIONES Y REMISIONES MÉDICAS LABORALES

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
09 DÍA	01 MES	2026 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

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

PARTICULAR	PARTICULARES
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)

LONDOÑO SERNA LUZ DEY	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	58 AÑOS 3 MESES 10 DÍAS	CC	43512596
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
INSTRUCTORA- DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO

TIENE REMISIONES A SERVICIOS DE SALUD: NO

RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, DIETA BALANCEADA, HÁBITOS SALUDABLES

RECOMENDACIONES MÉDICAS

EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, USAR CORRECCIÓN VISUAL: SEGUN NECESIDAD

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, USO DE EPP

Datos del Médico:

Profesional: CC: 63307432 - MARTHA BIBIANA NUÑ
R. M.: 10276 **L.S.O.:** 60229560
Especialidad: MEDICO LABORAL

Responsable del SG-SST:

FIRMA AQUÍ

Documento:
Nombre:
Fecha:

Recibido por el trabajador o aspirante

FIRMA AQUÍ

Documento:
Nombre:
Fecha: