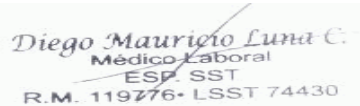


N° 8.818

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
16 DÍA	01 MES	2026 AÑO	MANIZALES (CALDAS, COLOMBIA) Ciudad	CONSULTA MEDICA PREOCUPACIONAL O PREINGRESO			
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
Nombre de la empresa PARTICULAR MANIZALES				Empresa en misión PARTICULAR			
CIU (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 MONSALVE GOMEZ YENIFER ANDREA				Género FEMENINO	Edad 29 AÑOS 6 MESES 29 DÍAS	Documento de Identificación CC 1053851067 Tipo Número	
Cargo ADMINISTRADORA PUBLICA							
EPS SALUD TOTAL		AFP PORVENIR			ARL NO REFIERE		
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO O LA LABOR ASIGNADA							
Observaciones: APTO PSICOSOCIAL (NEUROPSICOLOGICO)							
APTO		CARDIOVASCULAR					
APTO		OSTEOMUSCULAR					
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR. ✓				GLICEMIA ✓			
VISIOMETRIA. ✓				PERFIL LIPIDICO ✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
		USO DE EPP			HÁBITOS SALUDABLES		
					ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA		
					DIETA BALANCEADA		
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				Aspirante o Trabajador			
 Firma: _____ Nombre: CC: 3132940 - DIEGO MAURICIO LUNA R. M.: 119776 L.S.O.: 74430				 Código de Seguridad N1442T1Z8818 Firma:  Nombre: MONSALVE GOMEZ YENIFER ANDREA CC: 1053851067			