Centro Medico Guadalupe Medicina General y Salud Ocupacional S.A.S
NIT. 900447281
Carrera 15 # 35-39 - Dosquebradas - Risaralda
Tels. 3323341-3324112
E-mail. centromedicoguadalupe@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 15.492

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
22 DÍA	07 MES	2025 AÑO	DOSQUEBRADAS (RISARALDA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO

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

PARTICULARES CONTADO	SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO
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)

YAQUIVE ARANGO MARIA SILVANA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	23 AÑOS 6 MESES 11 DÍAS	CC Tipo	1193227415 Número
Apellidos y Nombres				

Cargo
CONTRATISTA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

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:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓	----------

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	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EXAMEN CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR
EXAMEN MEDICO CON ENFASIS EN EL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA: EN EL EXAMEN REALIZADO SE HIZO UNA REVISION COMPLETA Y EXHAUSTIVA DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR, EXTREMIDADES Y COLUMNA, BUSCANDO PATOLOGIAS O SECUELAS QUE PUEDAN CONSTITUIR UN RIESGO AUMENTADO PARA LA REALIZACION DE LAS ACTIVIDADES DE SU TRABAJO HABITUAL O DE AQUELLAS QUE IMPLIQUEN POSTURAS FORZADAS O MOVIMIENTOS REPETITIVOS. NO SE ENCONTRO NINGUNA ALTERACION SIGNIFICATIVA.

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		Aspirante o Trabajador
Firma:		Firma: Mª Silvana Yaquive
Nombre: CC: 10103666 - NESTOR MARIO HOLGUIN		Nombre: YAQUIVE ARANGO MARIA SILVANA
R. M.: 641-MD L.S.O.: LPSST-082-16	Código de Seguridad W894C1I15492	CC: 1193227415

Powered by CamScanner