Medicina integral ocupacional en seguridad y salud
"MIOSS IPS S.A.S"
NIT. 901455055 - 6
Calle 1A # 4-10 Barrio Vásquez Cobo (Popayán -Cauca )
3187899935 - (602) 2025447
mioss.ips@gmail.com - mioss.ips.sas@hotmail.com



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

**N° 9.050**

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 23 DÍA | 12 MES | 2025 AÑO | POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) Ciudad | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR |

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

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| PARTICULARES CONTADO | 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 | |
|---|---|---|---|---|
| LEON CAMPO YESIKA ALEJANDRA | FEMENINO | 28 AÑOS 0 MESES 28 DÍAS | CC (Tipo) | 1061807540 (Número) |

Cargo: **CONTRATISTA**

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| SANITAS | PROTECCIÓN | SURA |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**CONDICIONES DE SALUD QUE NO INTERFIEREN CON LA CAPACIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR Y LOS REQUERIMIENTOS DEL PERFIL DEL 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:**

| | |
|---|---|
| EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR ✓ | ---------- |

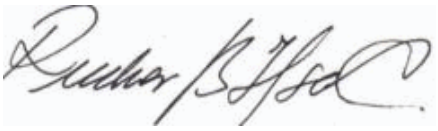
| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| USAR CORRECCIÓN VISUAL | SVE VISUAL | HÁBITOS SALUDABLES |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| | SVE OSTEOMUSCULAR | DIETA BALANCEADA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

SE REALIZA EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL CON ÉNFASIS EN EL SISTEMA OSTEOMUSCULAR, EN EL MARCO DEL PROCESO DE INGRESO LABORAL.
DURANTE LA ENTREVISTA CLÍNICA Y EL EXAMEN FÍSICO NO SE EVIDENCIAN HALLAZGOS QUE CONTRAINDIQUEN EL DESEMPEÑO DEL CARGO PROPUESTO. EL ESTADO DE SALUD GENERAL ES COMPATIBLE CON LAS FUNCIONES, EXIGENCIAS Y RIESGOS ASOCIADOS AL PUESTO, SIN IDENTIFICARSE PATOLOGÍAS OSTEOMUSCULARES ACTIVAS NI CONDICIONES DE PRESUNTO ORIGEN OCUPACIONAL.
HALLAZGOS RELEVANTES:
AL INTERROGATORIO EN OSTEOMUSCULAR SIN ALTERACIONES CLÍNICAS EVIDENTES.
NO SE IDENTIFICAN FACTORES DE RIESGO CLÍNICO-LABORAL INMEDIATO.
EL PACIENTE NO PRESENTA RESTRICCIONES PARA EL DESEMPEÑO DEL CARGO AL QUE ASPIRA.
RECOMENDACIONES:
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS ESTRICTAS CADA DOS (2) HORAS DURANTE LA JORNADA LABORAL.
UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) ADECUADOS SEGÚN LOS RIESGOS ESPECÍFICOS DEL CARGO.
ACUDIR A VALORACIÓN ANUAL POR MEDICINA LABORAL PARA SEGUIMIENTO PREVENTIVO DE LA CONDICIÓN DE SALUD.
SE REMITE A SU EPS PARA CONTINUIDAD EN ATENCIÓN MÉDICA GENERAL, SI SE REQUIERE.
CONCLUSIÓN MÉDICA LABORAL: EL PACIENTE SE DECLARA APTO SIN RESTRICCIONES PARA EL DESEMPEÑO DEL CARGO POSTULADO.

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:** 

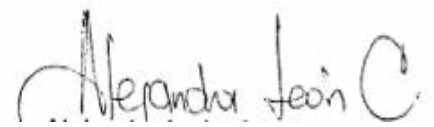
**Nombre:** CC: 76311221 - RUDVER BOLIVAR HERMOSA

**R. M.:** 194116-2003 **L.S.O.:** 9726-08-2018

**Código de Seguridad**

**M1175S1Y9050**

**Aspirante o Trabajador**

**Firma:** 

**Nombre:** LEON CAMPO YESIKA ALEJANDRA

**CC:** 1061807540