IPS MAIFESALUD SAS

MAIFESALUD S.A.S
NIT: 900061052-9
Dir: Calle 18 # 20- 61
Cel: 310 799 0410 – 310 799 0395
Correo: maifesalud@gmail.com
Web: www.maifesalud.com
Duitama



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 15.054

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
26 DÍA	01 MES	2026 AÑO	DUITAMA (BOYACÁ, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO DE SALUD OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR DE INGRESO

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	
DUARTE BARRERA LILIANA ALEXANDRA	FEMENINO	49 AÑOS 2 MESES 12 DÍAS	CC (Tipo)	46672739 (Número)

Cargo: **ADMINISTRADORA INDUSTRIAL**

EPS	AFP	ARL
SANITAS	COLPENSIONES	NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

APTO	ENFASIS CARDIOVASCULAR
APTO	SEGURIDAD VIAL

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

CUADRO HEMATICO CON SEDIMENTACION GLOBULAR	✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
OPTOMETRIA	✓	GLICEMIA	✓
PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	✓	ENFASIS CARDIOVASCULAR	✓
PERFIL LIPIDICO	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : CORRECCION UNICAMENTE PARA VISION PROXIMA	USO DE EPP	CONTROL DE PESO
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	HACER DEPORTE
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA
	SVE OSTEOMUSCULAR	
	CAPACITACIÓN	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

TEST DE FRAMINGHAM RIESGO CARDIOVASCULAR EL RIESGO PROMEDIO DE EVENTO CORONARIO A 10 AÑOS ES DE UN: 1%:
CAPACITAR EN LOS RIESGOS PROPIOS DEL CARGO. PAUSAS ACTIVAS . CAPACITAR EN EL USO ADECUADO DE SUS EPPS.

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

LEYDY M.
Leydy Dayan Mendoza
Médico Esp. SG.SST
Resolución 1521

Firma:

Nombre: CC: 33367746 - LEYDY DAYAN MENDOZA

Código de Seguridad

Aspirante o Trabajador

liliana Duarte B.

Firma:

Nombre: DUARTE BARRERA LILIANA ALEXANDRA

R. M.:	1521	L.S.O.:	1521	B661H1N15054	CC:	46672739