LABOR HEALTH I.P.S

LABOR HEALTH IPS S.A.S
NIT: 901552472-1
CARRERA 43 A - 18 SUR - 135 LOCAL 422
Centro Comercial Sao Paulo Plaza.
Medellin - Antioquia
Tel: 3176477139
Correo electrónico: documental@laborhealthips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 12,271

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
11 DÍA	02 MES	2025 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
INDEPENDIENTE	INDEPENDIENTE

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	Genero	Edad	Documento de Identificación	
VASCO URIBE LEIDY YULIANA	FEMENINO	37 AÑOS 5 MESES 0 DÍAS	CC (Tipo)	1017153110 (Número)

Cargo
ABOGADA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO (A) PARA DESEMPEÑAR 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:

AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACION MEDICA CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
VISIOMETRIA OCUPACIONAL POR OPTOMETRA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

- DEBE CONTINUAR MANEJO DE SUS PATOLOGÍAS CRÓNICAS EN SU EPS POR MEDICINA GENERAL
- CONTROL ANUAL CON OPTOMETRÍA
- USO DE LENTES SEGÚN RECOMENDACIÓN DE OPTOMETRÍA

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: ESCOBAR VELILLA ROBERTO JAIRO

R. M.: 5-0933-00 L.S.O.: 2021060130157

Código de Seguridad
X1354D1J12271

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: VASCO URIBE LEIDY YULIANA

CC: 1017153110

LABOR HEALTH I.P.S

LABOR HEALTH IPS S.A.S
NIT: 901552472-1
CARRERA 43 A - 18 SUR - 135 LOCAL 422
Centro Comercial Sao Paulo Plaza.
Medellin - Antioquia
tel: 3176477108
Correo electrónico: documental@laborhealthips.com

Código de Seguridad
Q1354W57C1227



N° 12271

RECOMENDACIONES Y REMISIONES MÉDICAS LABORALES

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
11 DÍA	02 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

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

INDEPENDIENTE	INDEPENDIENTE
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)

VASCO URIBE LEIDY YULIANA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	37 AÑOS 5 MESES 0 DÍAS	CC	1017153110
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
ABOGADA

TIENE REMISIONES A SERVICIOS DE SALUD: NO

RECOMENDACIONES MÉDICAS

CONTINUAR MANEJO MÉDICO, USAR CORRECCIÓN VISUAL

RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

CONTROL DE PESO, DIETA BALANCEADA, HÁBITOS SALUDABLES, HACER DEPORTE

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, USO DE EPP

Datos del Médico:

Profesional: ESCOBAR VELILLA ROBERTO JAIRO
R. M.: 5-0933-00 **L.S.O.:** 2021060130157
Especialidad: MEDICO

Responsable del SG-SST:

FIRMA AQUÍ

Documento:
Nombre:
Fecha:

Recibido por el trabajador o aspirante

FIRMA AQUÍ

Documento:
Nombre:
Fecha: