PROWORKING CONSTRUYENDO BIENESTAR LABORAL SAS
NIT: 901784869-5
Dirección: Avenida 5a norte # 17-98
Of: 701-702-703-704
Cel: 317 268 8034
Email: servicioalcliente@proworking.com.co
Web: www.proworking.com.co
Cali



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 2.133

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
10 DÍA	01 MES	2025 AÑO	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACION MEDICA OSTEOMUSCULAR DE INGRESO

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

PARTICULARES

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)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
QUIROZ CORREA LEYDI JUANITA	FEMENINO	31 AÑOS 7 MESES 1 DÍAS	Tipo: CC	Número: 1123328972

Cargo
ABOGADA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

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 MÉDICA OSTEOMUSCULAR ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO Y CONTROLES MÉDICOS	EDUCACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y MEDIDAS DE ERGONOMÍA	DIETA RICA EN VERDURAS, FRUTAS, AGUA, BAJA EN AZÚCAR, HARINAS REFINADAS, GRASAS TRANS INDUSTRIALES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	DOTAR Y EXIGIR USO ADECUADO DE EPP SEGÚN EXPOSICIÓN Y LABOR A DESEMPEÑAR	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA REGULAR Y FORTALECIMIENTO MUSCULAR
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	DEBE LABORAR DURANTE TODA LA JORNADA CON LENTES DE CORRECCIÓN	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

- CUMPLIR CON PAUSAS ACTIVAS.
- CUMPLIR CON RECOMENDACIONES DE HIGIENE POSTURAL.
- CUMPLIR CON NORMAS DEL SGSST.

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

Marcella Zuluaga Jurado
TP: 763824 / 2005 Unilibre
LSO: 41450.21.0444 S.M.C

Firma:

Nombre: ZULUAGA JURADO MARCELA

R. M.: 763824 **L.S.O.:** 41450.21.0444

Código de Seguridad
W1532C1I2133

Aspirante o Trabajador

JUANITA QUIROZ

Firma:

Nombre: QUIROZ CORREA LEYDI JUANITA

CC: 1123328972