CONSULTORIO
MÉDICO

ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Registro médico 1048018138 Licencia SST 2023060050235

Dirección: **Carrera 31 # 28-60 peatonal**
Cel: **3128135138**
Correo: **consultoriomedicoarneiroreyes@gmail.com**
Urrao - Antioquia.



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 464

FECHA Y CIUDADDE REALIZACIÓNDELEXÁMEN				TIPODEEXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
03 DÍA	02 MES	2026 AÑO	URRAO(ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	**EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO**

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

PARTICULARES CONTADO	**PARTICULARES** Empresa en misión
Nombrede la empresa	

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

	Genero	Edad	Documento de Identificación	
TORRES RUEDA KAROL MICHELLE	FEMENINO	24 AÑOS	CC	1000122695
Apellidos y Nombres		3 MESES	Tipo	Número

Cargo
AUXILIAR DE ENFERMERIA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NOSEEVALUARÓNREQUISITOSDESALUD(Alturas,Espacios Confinados,ManipularAlimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	**TIPO**	**RECOMENDACIONES**
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NOAPLICA

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

CONSULTA MEDICA OCUPACIONAL ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**	**HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES**
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	REVISIÓN PUESTO DE TRABAJO	CONTROL DE PESO
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO FAVORABLE.

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 prop ósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretaci ón, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realizaci ón 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 ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislaci ón 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 legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Cl ínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído 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: Dr. Arneiro Reyes G.

Nombre: CC: 1048018138 - ARNEIRO REYES

R. M.: 1048018138 **L.S.O.:** 20230600500235 **Código de Seguridad** I1420O1U464

Aspirante o Trabajador

Firma: Karol Torres Rueda

Nombre: TORRES RUEDA KAROL MICHELLE

CC: 1000122695

Software para el sector salud - www.biofile.com.co

CONSULTORIO MÉDICO

ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Registro médico 1048018138 Licencia SST 2023060050235

Dirección: **Carrera 31 # 28-60 peatonal**
Cel: **3128135138**
Correo: **consultoriomedicoarneirorreyes@gmail.com**
Urrao - Antioquia.



ANEXO DE EXAMEN FÍSICO DE VALORACIÓN OSTEOMUSCULAR

DATOS PERSONALES

Ciudad y Fecha: URRAO(ANTIOQUIA,COLOMBIA) 03/02/2026 - 01:30 P. M.
Tipo Evaluacion Medica: EXAMENMEDICOOCUPACIONAL DE INGRESO
Empresa: PARTICULARES **Cargo:** AUXILIAR DE ENFERMERIA
Nombres y Apellidos: TORRESRUEDAKAROL MICHELLE **:CC** 1000122695 **de** URRAO **Fecha de Nacimiento:** 18/10/2001 12:00
Edad: 24 AÑOS 3 M **Lugar de Nacimiento:** BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) **Dir. Residencia:** CALLE 16A #27-02
Estudios: TÉCNICO **Estado Civil:** SOLTERO(A) **E.P.S:** SAVIASALUD **A.F.P:** PROTECCION **A.R.L:** COLMENA

ANTECEDENTES RIESGOS ERGONOMICOS

Empresa	Cargo	Manipulación	Postura Habitual	Movimiento	Tiempo

POSTURA ESTÁTICA

ABDOMEN	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
CABEZA	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
HOMBROS	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
MIEMBROS INFERIORES	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
MIEMBROS SUPERIORES	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
OTRA ¿CUÁL?	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
PELVIS	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
TRONCO	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL

ARCOS DE MOVILIDAD

CODO EXTENSIÓN 180°	
CODO FLEXIÓN 145°	NORMAL
CODO PRONACIÓN 90°	NORMAL
CODO SUPINA 90°	NORMAL
CUELLO-REGION CERVICAL EXTENSIÓN 30°	NORMAL
CUELLO-REGION CERVICAL FLEXIÓN 30°	NORMAL
CUELLO-REGION CERVICAL INCLINACIÓN 30°	NORMAL
CUELLO-REGION CERVICAL ROTACIÓN 30°	NORMAL
DEDOS DE LA MANO ABDUCCIÓN 20°	NORMAL
DEDOS DE LA MANO ADUCCIÓN 20°	NORMAL
DEDOS DE LA MANO EXTENSIÓN 40°	NORMAL
DEDOS DE LA MANO FLEXIÓN 90°	NORMAL
HOMBRO ABDUCCIÓN 180°	NORMAL
HOMBRO ADUCCIÓN 30-45°	NORMAL
HOMBRO CIRCUNDUCCIÓN 360°	NORMAL
HOMBRO EXTENSIÓN 30°	NORMAL
HOMBRO FLEXIÓN 180°	NORMAL
HOMBRO ROTACIÓN EXTERNA 90°	NORMAL
HOMBRO ROTACIÓN INTERNA 90°	NORMAL
MUÑECA DESVIACIÓN EXTERNA 45°	NORMAL
	NORMAL

MUÑECA DESVIACIÓN INTERNA 15°	NORMAL
MUÑECA FLEXIÓN DORSAL 80°	NORMAL
MUÑECA FLEXIÓN PALMAR 85°	NORMAL
OTRA ¿CUÁL?	

EXTREMIDADES SUPERIORES

FINKELSTEIN DERECHO	NEGATIVO
FINKELSTEIN IZQUIERDO	NEGATIVO
OTRA ¿CUÁL?	
PHALEN DERECHO	NEGATIVO
PHALEN IZQUIERDO	NEGATIVO
TINEL DERECHO	NEGATIVO
TINEL IZQUIERDO	NEGATIVO

EXTREMIDADES INFERIORES

LASSEGUE DERECHO	NEGATIVO
LASSEGUE IZQUIERDO	NEGATIVO

COLUMNA VERTEBRAL

CIFOSIS DORSAL	
ESCOLIOSIS	NO
ESPALDA PLANA	NO
LORDOSIS CERVICAL	NO
LORDOSIS LUMBAR	NO
OTRA ¿CUÁL?	NO
PRUEBA DE SCHOBER	
RECTIFICACIÓN (SEGMENTO?)	CMS
ROTOESCOLIOSIS	NO NO
TEST DE WELLS	NORMAL

OBSERVACIONES

PACIENTE CON POSICIÓN NORMAL AL REALIZAR LA MARCHA, SIN DOLOR AL DESPLAZARSE EN PUNTAS Y TALONES DE PIE, SIN DOLOR AL REALIZAR CUNCLILLAS, SIGNOS SEMIOLÓGICOS NEGATIVOS EN ARTICULACIÓN DE MANGUITO ROTADOR, RETINÁCULO DE MUÑECA, TÚNEL CARPIANO, SIN DESVIACIÓN DE COLUMNA, SIN SIGNOS DE PINZAMIENTO LUMBAR, TORACICO O CERVICAL, ADEMÁS NO REFIERE DOLOR EN NINGUNA POSICIÓN SENTADO, ACOSTADO O AGACHADO

MÉDI CO

TRABAJADOR

Firma: Dr. Arneiro Reyes C.

Nombre: CC: 1048018138 - ARNEIRO REYES

R. M.: 1048018138 **L.S.O.:** 20230600500235

Firma: Karol Torres Rueda

Nombre: TORRES RUEDA KAROL MICHELLE

CC 1000122695