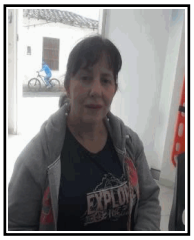
macrosalud ips
protegemos su bienestar

GRUPO EMPRESARIAL
# MACROSALUD IPS
*Salud y seguridad a su servicio*
NIT: 900.978.555-8



## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

**N° 70.186**

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 16 DÍA | 01 MES | 2026 AÑO | LA CEJA (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad | EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL 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 | PARTICULAR |

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 | |
|---|---|---|---|---|
| BOTERO TOBON NORA IRMA | FEMENINO | 48 AÑOS 1 MESES 18 DÍAS | CC (Tipo) | 39189139 (Número) |

Cargo: **AUXILIAR DE ENFERMERIA**

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| NO REFIERE | NO REFIERE | NO REFIERE |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**SIN RESTRICCIÓN PARA 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:**

| | |
|---|---|
| EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR ✓ | ---------- |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| CONTINUAR MANEJO MÉDICO : EN SU EPS POR SUS PATOLOGIAS DE BASE | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| VALORACIÓN POR EPS : NUTRICION | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | CONTROL DE PESO |
| | | HACER DEPORTE |
| | | DIETA BALANCEADA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

SE EVIDENCIA UNA ALTERACIÓN DEL PESO CORPORAL LO QUE CONSTITUYE UNA ENFERMEDAD METABÓLICA DE ORIGEN COMÚN QUE NO LE GENERA NINGÚN TIPO DE RESTRICCIÓN OCUPACIONAL DIRECTA ACTUALMENTE PARA LA OCUPACIÓN, PERO SE REQUIERE QUE SEA EVALUADA Y MANEJADA EN LA EPS EN QUE ESTE AFILIADO, PARA SU CONTROL PREVENTIVO POR EL MÉDICO LÍDER DE SU EPS O CON EL NUTRICIONISTA

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: 1083009993 - ANA MARIA GUZMAN

**R. M.:** 1083009993 **L.S.O.:** 1801

**Código de Seguridad**
**V50B1H70186**

**Aspirante o Trabajador**

**Firma:**

**Nombre:** BOTERO TOBON NORA IRMA

**CC:** 39189139