macrosalud ips
protegemos su bienestar

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 64.725

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
09 DÍA	08 MES	2025 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

PARTICULARES CONTADO	PARTICULAR
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)

GAVIRIA GONZALEZ CATALINA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	25 AÑOS	CC	1007221929
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo			
PSICOLOGA	EPS SURA	AFP NO REFIERE	ARL NO REFIERE
	Estudios: POSTGRADO		

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)	**N/A**

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	----------

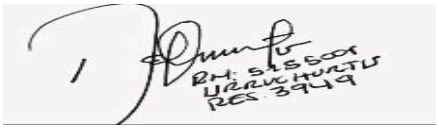
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTES	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES**OPTOMETRÍA, AUDIOMETRÍA, REVISAR ESQUEMAS DE VACUNAS CIR. 0045, 012, RES. 761, 16/04/2025*

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: 77172442 - JULIO CESAR URRUCHURTU

R. M.: 5-1550 **L.S.O.:** 0339

Código de Seguridad
G50M1S64725

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: GAVIRIA GONZALEZ CATALINA

CC: 1007221929

