CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

MEDICINA OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
20 DÍA	05 MES	2026 AÑO	SANTA MARTA (MAGDALENA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE PREINGRESO

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

PARTICULAR	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)

	Genero	Edad	Documento de Identificación	
ANA MARIA IGLESIAS GAMEZ	FEMENINA	25 AÑOS	CC	1007832923
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
MEDICO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

APTO	PARA EL CARGO

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 OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
		HÁBITOS SALUDABLES
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

DURANTE LA VALORACIÓN OSTEOMUSCULAR DEL PACIENTE, SE EVIDENCIÓ UN DESEMPEÑO FAVORABLE EN LAS ÁREAS DE MOVILIDAD, FLEXIBILIDAD Y MOTRICIDAD, LO QUE REFLEJA UNA ADECUADA CAPACIDAD FUNCIONAL PARA EL DESARROLLO DE SUS LABORES. LA EVALUACIÓN GENERAL ARROJÓ UN ÍNDICE DE SATISFACCIÓN POSITIVO EN RELACIÓN CON EL PROCESO ERGONÓMICO OCUPACIONAL. - CONCLUSIÓN: APTO PARA EL CARGO.

RECOMENDACIONES:

1. UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ESTABLECIDOS EN EL PROFESIOGRAMA DE LA EMPRESA.
2. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS, CON UNA DURACIÓN DE 3 A 5 MINUTOS, ENFOCADAS EN EJERCICIOS DE MOVILIDAD ARTICULAR Y ESTIRAMIENTO MÚSCULO-TENDINOSO GENERALIZADO.
3. ASISTIR A CONTROLES MÉDICOS OCUPACIONALES Y/O REALIZAR EXÁMENES COMPLEMENTARIOS SEGÚN LO INDICADO EN EL PROFESIOGRAMA DE LA EMPRESA.

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: PEREZ THERAN CRISTHIAN JAVIER

RM: 1083462196 – L.S.O: 1298/2023

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: ANA MARIA IGLESIAS GAMEZ

C.C: 1007832923

Impreso el 20/05/2026 a las 05:00 p.m.