



MILENH IPS S.A.S

NIT: 901 303 897 - 9

Cel: 302 258 2566 - 302 298 1033 - 321 871 4943

Dir: Calle 49 # 21 - 58 Barrio Colombia

Correo: milenhipssas@gmail.com

Barrancabermeja - Santander



N° 36.482

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
18 DÍA	06 MES	2026 AÑO	BARRANCABERMEJA (SANTANDER, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL PRE-INGRESO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
PARTICULAR				PARTICULAR			
CIU (Actividad Económica) del empleador:							
COLOMBINA							
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	
RODRIGUEZ CALA JOHANNA CRISTINA				FEMENINO	37 AÑOS 10 MESES 3 DÍAS	CC	1098658722
						Tipo	Número
Cargo							
AUXILIAR ENFERMERIA							
EPS		AFP			ARL		
SANITAS		PORVENIR S.A			NO REFIERE		
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
CUMPLE CON EL PERFIL DEL 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:							
VISIONOMETRIA LABORAL				✓	VALORACION MEDICA OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR		
AUDIOMETRIA LABORAL				✓	-----		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
		USO DE EPP			HÁBITOS SALUDABLES		
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			CONTROL DE PESO		
					DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
RECOMENDACIONES OCUPACIONALES PREVENTIVAS:							
<ul style="list-style-type: none">- OSTEOMUSCULAR: EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO Y POSTURAS ADECUADAS. SI VA A MANEJAR CARGAS CUMPLIR CON LA NORMATIVIDAD DE MANEJO O MANIPULACION DE CARGAS. MANTENGA BUENA HIGIENE POSTURAL.- VISUAL: EDUCACION EN HIGIENE VISUAL. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION VISUAL SEGÚN TIPO DE EXPOSICION. ADECUADA ILUMINACION DEL PUESTO DE TRABAJO.- AUDITIVO: PROTECCION AUDITIVA DE ACUERDO CON LA EXPOSICION AL RUIDO Y REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL.							
RECOMENDACIONES GENERALES:							
<ul style="list-style-type: none">- USO CORRECTO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO AL CARGO.- EJERCICIO REGULAR 3 VECES/SEMANA EN SESIONES DE MEDIA HORA MEJORA EL ESTADO GENERAL, SOBRE LO QUE LE RECOMENDAMOS MANTENER LA PRACTICA DE ACTIVIDAD DEPORTIVA ACORDE A SU INTERES, ESTADO FISICO Y CONDICIONES DE SALUD. ESTA RECOMENDACIÓN NO ESTA RELACIONADA CON IMPLICACIONES PARA SU TRABAJO HABITUAL.- SE RECOMIENDA ENFASIS EN HIGIENE POSTURAL; REALIZAR PAUSAS ACTIVAS. MANEJO ADECUADO DE CARGAS.- ASISTIR A LAS CAPACITACIONES, PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DE ENTRENAMIENTO Y REENTRENAMIENTO PROGRAMADAS POR EL EMPLEADOR Y APROBAR SATISFACTORIAMENTE LAS EVALUACIONES.- INFORMAR SOBRE CUALQUIER CONDICION DE SALUD QUE LE GENERE RESTRICCIONES ANTES DE REALIZAR CUALQUIER TIPO DE TRABAJO.							
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



Firma: _____

Nombre: CC: 91161894 - LUDWING ECHEVERRIA

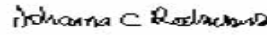
R. M.: 91161894 L.S.O.: 14854



Código de Seguridad

U623A1G36482

Aspirante o Trabajador



Firma: _____

Nombre: RODRIGUEZ CALA JOHANNA CRISTINA

CC: 1098658722