



N° 16.560

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
05 DÍA	06 MES	2026 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA)	EXAMEN OCUPACIONAL DE PREINGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER				UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER			
CIU (Actividad Económica) del empleador:							
8544 - EDUCACIÓN DE UNIVERSIDADES.							
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	
CASTILLO HERNÁNDEZ LUZ JANDRY				FEMENINO	26 AÑOS 8 MESES 29 DÍAS	CC	1098822562
						Tipo	Número
Cargo							
FACILITADOR LEO							
EPS		AFP			ARL		
SALUD TOTAL		PORVENIR			NINGUNA		
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
SIN RESTRICCIONES 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:							
EXAMEN OCUPACIONAL DE PREINGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR			✓	-----			
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
			PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HÁBITOS SALUDABLES	
						DIETA BALANCEADA	
						REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA REGULARMENTE	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
SE SUGIERE LLEVAR A CABO ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN CUANTO A SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.							
SE RECOMIENDA LA REALIZACIÓN DE PAUSAS ACTIVAS PROGRAMADAS Y DIRIGIDAS.							
SE SUGIERE CONSIDERAR LA REALIZACIÓN DE EXÁMENES PARACLÍNICOS O AYUDAS DIAGNÓSTICAS SEGÚN LA EDAD DEL TRABAJADOR(A) Y LOS RIESGOS PROPIOS DEL CARGO CONTEMPLADOS DENTRO DEL PROFESIOGRAMA.							
CONSENTIMIENTO INFORMADO: Autorizo al médico ocupacional y a la IPS de salud ocupacional a realizar el examen médico ocupacional y a registrar la información correspondiente, conforme a la normatividad vigente. Declaro que he sido informado(a) sobre la naturaleza, propósito, beneficios, limitaciones y posibles riesgos del examen, y que he tenido la oportunidad de resolver mis inquietudes. Entiendo que la información consignada hace parte de mi historia clínica ocupacional, la cual es confidencial y estará bajo custodia del prestador de servicios de salud ocupacional, de acuerdo con la normativa vigente. Autorizo el tratamiento y uso de mis datos personales y de salud exclusivamente para los fines establecidos en la ley, así como su suministro a las entidades y actores autorizados dentro del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo, cuando aplique. Manifiesto que la información suministrada es veraz y que otorgo este consentimiento de manera libre y voluntaria.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
 Firma: _____ Nombre: CC: 1053797072 - DIANA LORENA GIRALDO R. M.: 17284 L.S.O.: 74849				 Código de Seguridad M958S1Y16560 Firma: _____ Nombre: CASTILLO HERNÁNDEZ LUZ JANDRY CC: 1098822562			