MEDICINA LABORAL
DRA. DIANA LORENA GIRALDO SANDOVAL
NIT: 1053797072-4
DIRECCIÓN: CRA 5 # 17-61
TELÉFONOS: 320 512 4424 - 310 473 6043
CORREO: contacto@saludeneltrabajo.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 16.621

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
12 DÍA	06 MES	2026 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN OCUPACIONAL PERIÓDICO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
FONDO DE VIVIENDA DE INTERÉS SOCIAL Y REFORMA URBANA DE SABANETA - FOVIS	FONDO DE VIVIENDA DE INTERÉS SOCIAL Y REFORMA URBANA DE SABANETA - FOVIS

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

9499 - ACTIVIDADES DE OTRAS ASOCIACIONES N.C.P.

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	
BUSTAMANTE OROZCO JUAN PABLO	MASCULINO	41 AÑOS 9 MESES 25 DÍAS	CC (Tipo)	98710493 (Número)

Cargo

APOYO EN SISTEMAS

EPS	AFP	ARL
SALUD TOTAL	PROTECCIÓN	SURA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

EXAMEN PERIÓDICO SATISFACTORIO

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 PERIÓDICO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	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



Firma:

Nombre: CC: 1053797072 - DIANA LORENA GIRALDO

R. M.: 17284 **L.S.O.:** 74849

Código de Seguridad
R958X1D16621

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: BUSTAMANTE OROZCO JUAN PABLO

CC: 98710493