



**N° 77.167**

**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL**

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
25 DÍA	06 MES	2026 AÑO	LA CEJA (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR DE INGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
PARTICULARES CONTADO				PARTICULAR			
CIU (Actividad Económica) del empleador:							
SIN REGISTRAR							
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	
URIBE SAAVEDRA MARIANA				FEMENINO	24 AÑOS 8 MESES 28 DÍAS	CC	1001420729
						Tipo	Número
Cargo							
AUXILIAR DE GESTION DOCUMENTAL							
EPS		AFP			ARL		
SURA		NO REFIERE			NO REFIERE		
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
SIN RESTRICCIÓN 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:							
EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : EN SU EPS POR SU PATOLOGIA DE ORIGEN NEUROLOGICO Y SU ALERGIA RESPIRATORIA, SI ASI LO REQUIERE		USO DE EPP			HÁBITOS SALUDABLES		
USAR CORRECCIÓN VISUAL : SEGUN INDICACION DE OPTOMETRIA		SVE VISUAL			CONTROL DE PESO		
		SVE AUDITIVO			HACER DEPORTE		
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			DIETA BALANCEADA		
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				Aspirante o Trabajador			
Firma: 				Firma: 			
Nombre: CC: 1083009993 - ANA MARIA GUZMAN				Nombre: URIBE SAAVEDRA MARIANA			
R. M.: 1083009993 L.S.O.: 1801				CC: 1001420729			
				 <b>Código de Seguridad</b> <b>N50T1Z77167</b>			
							