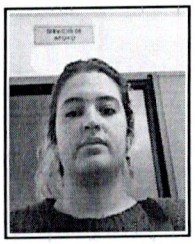
NIT. 811019808-1

Colmédicos de Oriente S.A.
Seguridad y Salud en el trabajo

Carrera 51 N 49 – 07 Edificio Los Heroes - Tels. 5611916- 5613423
E-mail. colmedicosdeoriente@yahoo.com
www.colmedicosdeorientesa.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 54,241

DÍA	MES	AÑO	Ciudad	TIPODEEXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
15	06	2026	RIONEGRO (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES

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	Genero	Edad	Documento de Identificación (Tipo)	Documento de Identificación (Número)
MONTOYA RESTREPO MANUELA	FEMENINO	31 AÑOS 2 MESES 24 DÍAS	CC	1036948205

Fecha de Nacimiento	Estado Civil	Número de hijos	Teléfono	Dirección	Municipio
05/11/1993	SOLTERO(A)	1	3108258111	VDA CARMINA	RIONEGRO (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

Escolaridad	Responsable	Teléfono del Responsable	EPS	ARL
UNIVERSITARIO	ALVARO MONTOYA	3137163326	SANITAS	NO REPORTA

Cargo
ENFERMERA

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:

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

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : REFIERE TENER SEGUIMIENTO CON NUTRICIONISTA	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
	EDUCACIÓN EN NORMAS DE HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, CONTROL DE RIESGOS Y PREVENCIÓN DE ACCIDENTES RELACIONADOS CON SU CARGO	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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			Aspirante o Trabajador
	Liliana Pérez Aguirre Médica U.de.A. Especialista S.O. RM: 54389 Lic: 53353		
Firma:	Liliana M= Pérez A.		**Firma:**
Nombre:	PEREZ AGUIRRE LILIANA MARIA		**Nombre:** MONTOYA RESTREPO MANUELA
R. M.:	54389-10	**L.S.O.:** 2021060130298	**CC:** 1036948205

Código de Seguridad C835rrO54241