



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 53.016

08 DÍA			01 MES			2025 AÑO			RIONEGRO (ANTIOQUIA, COLOMBIA)			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
						Ciudad						EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO		
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE														
PARTICULARES CONTADO						PARTICULARES								
Nombre de la empresa						Empresa en misión								
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)														
OSORIO CARDONA LORENA									Genero		Edad		Documento de Identificación	
									FEMENINO		38 AÑOS 10 MESES 6 DÍAS		CC 1036924580	
Apellidos y Nombres													Número	
Fecha de Nacimiento			Estado Civil			Número de hijos			Teléfono			Dirección		
04/03/1986			CASADO(A)			1			3206644084			CL 27 NR 31A 05		
Escolaridad			Responsable			Teléfono del Responsable			EPS			Municipio		
UNIVERSITARIO			FABIO BOTERO			3136400653			SURA			EL CARMEN DE VIBORAL (ANTIOQUIA, COLOMBIA)		
												ARL		
												SURA		
CARGO														
ABOGADA														
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL														
SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO														
Observaciones: NO APLICA														
N/A NO SE EVALUARON 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				
VALORACIÓN POR EPS: CONSULTA MÉDICA EN EPS PARA SEGUIMIENTO DE PRESIÓN ARTERIAL. EL PACIENTE DEBE TRAER LA HISTORIA CLÍNICA O ENVIARLA POR EMAIL A: RECEPCION@COLMEDICOSDEORIENTES.COM. LA EMPRESA DEBE SUPERVISAR QUE EL PACIENTE CUMPLA CON ESTA RECOMENDACIÓN.					USO DE EPP					HABITOS SALUDABLES				
					PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL					DIETA BALANCEADA				
					EDUCACIÓN EN NORMAS DE HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, CONTROL DE RIESGOS Y PREVENCIÓN DE ACCIDENTES RELACIONADOS CON SU CARGO									
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 verdicas. 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

Liliana Pérez Aguirre
Médica U.de.A.
Especialista S.O.
RM 54389-10 Lic. 54389

Firma:

Liliana M. Pérez A.

Nombre: PEREZ AGUIRRE LILIANA MARIA

R. M.: 54389-10

L.S.O.: 2021060130298

Código de Seguridad

W835C1153016



Aspirante o Trabajador

LORENA

Firma:

Nombre: OSORIO CARDONA LORENA

CC: 1036924580