



N° 91.457

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
25 DÍA	07 MES	2026 AÑO	PUERTO BOYACÁ (BOYACÁ, COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
PARTICULARES CONTADO				PARTICULARES			
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	
MORENO ARANGO KATERIN JULIETH				FEMENINO	23 AÑOS 5 MESES 19 DÍAS	CC	1002691150
						Tipo	Número
Cargo							
CONTRATISTA							
EPS		AFP			ARL		
FAMISANAR		NO REFIERE			NO REFIERE		
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
APTO PARA DESEMPEÑAR 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:							
VISIOMETRÍA				GLICEMIA			
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR				PRUEBA DESARROLLO PSICOSOCIAL			
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
VISIOMETRIA DE CONTROL DE ACUERDO CON LOS PARAMETROS DEL PVE VISUAL DE LA EMPRESA			PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		HÁBITOS SALUDABLES		
			INCLUIR EN LOS PVE DE LA EMPRESA SEGÚN LOS RIESGOS DE EXPOSICIÓN		BAJAR DE PESO		
					FORTALECIMIENTO MUSCULAR		
					HACER DEPORTE		
					ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA		
					ALIMENTACIÓN BAJA EN CARBOHIDRATOS Y DULCES		
					ALIMENTACIÓN RICA EN FIBRA, LÍQUIDOS Y VERDURAS		
					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: 32608572 - ASTRID BUELVAS				Nombre: MORENO ARANGO KATERIN JULIETH			
R. M.: 0813				CC: 1002691150			
L.S.O.: 3596							
Código de Seguridad							
G128M1S91457							