



N° 177.106

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
13 DÍA	08 MES	2026 AÑO	POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
PARTICULARES POPAYAN SALUD OCUPACIONAL				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	
ORDOÑEZ TORRES ANDRES				MASCULINO	30 AÑOS 5 MESES 30 DÍAS	CC	1061788221
						Tipo	Número
Cargo							
ABOGADO							
EPS		AFP			ARL		
SANITAS		COLPENSIONES			NO REFIERE		
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
CONDICIONES DE SALUD QUE NO INTERFIEREN CON LA CAPACIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR Y LOS REQUERIMIENTOS DEL PERFIL DEL 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:							
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
USAR CORRECCIÓN VISUAL		SVE AUDITIVO			HÁBITOS SALUDABLES		
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			CONTROL DE PESO		
					HACER DEPORTE		
					DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
SE REALIZA EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL CON ÉNFASIS EN EL SISTEMA OSTEOMUSCULAR, EN EL MARCO DEL PROCESO DE INGRESO LABORAL.							
DURANTE LA ENTREVISTA CLÍNICA Y EL EXAMEN FÍSICO NO SE EVIDENCIAN HALLAZGOS QUE CONTRAINDIQUEN EL DESEMPEÑO DEL CARGO PROPUESTO. EL ESTADO DE SALUD GENERAL ES COMPATIBLE CON LAS FUNCIONES, EXIGENCIAS Y RIESGOS ASOCIADOS AL PUESTO, SIN IDENTIFICARSE PATOLOGÍAS OSTEOMUSCULARES ACTIVAS NI CONDICIONES DE PRESUNTO ORIGEN OCUPACIONAL.							
HALLAZGOS RELEVANTES:							
EXAMEN FÍSICO GENERAL Y OSTEOMUSCULAR SIN ALTERACIONES CLÍNICAS EVIDENTES.							
NO SE IDENTIFICAN FACTORES DE RIESGO CLÍNICO-LABORAL INMEDIATO.							
EL PACIENTE NO PRESENTA RESTRICCIONES PARA EL DESEMPEÑO DEL CARGO AL QUE ASPIRA.							
RECOMENDACIONES:							
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS ESTRUCTURADAS CADA DOS (2) HORAS DURANTE LA JORNADA LABORAL.							
UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) ADECUADOS SEGÚN LOS RIESGOS ESPECÍFICOS.							
ACUDIR A VALORACIÓN ANUAL POR MEDICINA LABORAL PARA SEGUIMIENTO PREVENTIVO DE LA CONDICIÓN DE SALUD.							
SE REMITE A SU EPS PARA CONTINUIDAD EN ATENCIÓN MÉDICA GENERAL, SI SE REQUIERE.							
CONCLUSIÓN MÉDICA LABORAL: EL PACIENTE SE DECLARA APTO SIN RESTRICCIONES PARA EL DESEMPEÑO DEL CARGO POSTULADO.							
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

Firma:



Nombre: CC: 76311221 - RUDVER BOLIVAR HERMOSA

R. M.: 194116 DE 2003

L.S.O.: 194116 DE 2003



Código de Seguridad

N670T1Z177106

Aspirante o Trabajador

Firma:



Nombre: ORDOÑEZ TORRES ANDRES

CC: 1061788221