SEGUMEDIC
Comprometidos con Su Seguridad

NIT. 900.902.524 - 3
Carrera 49 # 45-39 Itagüí - Antioquia
Cel. 305 309 8044 - Tel. 6129734 - 6129737
E-mail. espseguridadysalud@gmail.com
www.segumedic.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 27.869

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
12 DÍA	08 MES	2026 AÑO	ITAGUI (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO**

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
INDEPENDIENTE	**INDEPENDIENTE**

CIIU (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	
LOPEZ ALVAREZ ELIANA MILEIDY	FEMENINO	38 AÑOS 7 MESES 8 DÍAS	CC (Tipo)	1036612346 (Número)

Cargo: **ASISTENTE ADMISIONES Y REGISTROS**

EPS	AFP	ARL
SALUD TOTAL	**PROTECCION**	**NR**

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 MÉDICO OCUPACIONAL	✓	AUDIOMETRÍA	✓
EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	✓	VISIOMETRÍA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	HÁBITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : PAUTAS DE HIGIENE POSTURAL Y ERGONOMIA DEL PUESTO DE TRABAJO. MEDIDAS DE AUTOCUIDADO.	HACER DEPORTE
VALORACIÓN POR EPS : SE RECOMIENDA VALORACIÓN PREVENTIVA ANUAL POR MEDICINA GENERAL.		

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

OCUPACIONALES: CONDICIÓN DE SALUD ADECUADA PARA EL DESEMPEÑO DE LAS TAREAS PROPIAS DE SU OCUPACIÓN. PROMOVER ESTILOS DE VIDA Y TRABAJO SALUDABLES, CAPACITAR EN RIESGOS INHERENTES AL CARGO, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL NECESARIOS PARA EL DESEMPEÑO DE LAS TAREAS PROPIAS DE LA OCUPACION Y CAPACITACION EN SU USO Y MANTENIMIENTO, INFORMACION Y FORMACION AL TRABAJADOR SOBRE RIESGOS Y SUS MEDIDAS PREVENTIVAS, CONTROL ANUAL POR SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

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

Firma:

Nombre: CC: 53000277 - CLAUDIA MILENA NARANJO

R. M.: 66101210 **L.S.O.:** 21549

Código de Seguridad
H1240N1T27869

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: LOPEZ ALVAREZ ELIANA MILEIDY

CC: 1036612346