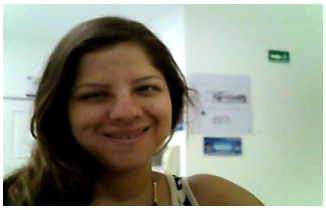
Fecha Impresión: **11/11/2025 01:24:54 pm**	**CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL**	**UNIDAD MEDICA DE PACHO SAS** NIT 832.001.378-1 Calle 8 # 16 −25 Cel: (57) 3132924837 Pacho - Colombia unidadmedicadepacho@gmail.com 832001378-1

Entidad Evaluadora: UNIDAD MEDICA DE PACHO SAS	**NIT:** 832001378-1	**Teléfono:** 3132924837
Código de habilitación: 2551300069	**Correo:** unidadmedicadepachoadmon@gmail.com	**Sede:** MEDICINA LABORAL

Fecha del Exámen: 11/11/2025 12:35	Fecha Atención: 11/11/2025 12:15	Tipo(s) de evaluación: Examen Médico Ocupacional de Ingreso

DATOS PERSONALES



Nombres: LUISA FERNANDA		Apellidos: SUAREZ MONSALVE
Tipo Documento: Cédula de ciudadanía		Nro Documento: 1037602625
Fecha Nacimiento: 1990-02-25	Edad: 35 años	Sexo: Femenino
Dirección: PIO XII		Teléfono : 3003512304
Lugar Residencia: Pacho		
Profesión/ocupación: INDEPENDIENTE		
EPS: SANITAS		ARL: SURA
Pensiones: COLPESNIONES		Cesantias:

ESTA ORDEN ES PARTICULAR

Cargo: INDEPENDIENTE	Perfil Biológico:	Factores de Riesgo:	Medidas de Protección:

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Concepto	APTO, PUEDE CONTINUAR DESEMPEÑANDO SU LABOR CON RECOMENDACIONES PARA EL CARGO

Concepto al Énfasis

ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA EL CARGO

Recomendaciones para el trabajador

ASISTIR A CAPACITACIONES EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO-CONTINUAR EN CONTROLES DE OFTALMOLOGIA, USO DE LENTES CON PROTECCIÓN PARA COMPUTADOR.

Restricciones para el trabajador

NO APLICA

Recomendaciones para la empresa

REALIZAR INDUCCION PARA EL CARGO

Procedimientos Realizados

✓ CONSULTA DE EXAMEN PREOCUPACIONAL O INGRESO	

Tratamiento de Datos

Nota: Dando cumplimiento a las disposiciones legales , Ley 1581 de 2012 (protección de datos personales), Ley 1266 de 2008 (Habeas Data) y Ley 1273 de 2009 (Protección de la Información y de los datos), declaro en mi calidad de usuario de la IPS , que he sido informado y conozco de manera clara y expresa la finalidad con que se recopilan mis datos y autorizo expresamente a que la presente entidad conozca, actualice , corrija o suprima la información entregada, por lo que los datos recopilados serán tratados de manera confidencial y exclusivamente para los propósitos relacionados con los trámites y servicios que presta la entidad'

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador

Autorizo a la doctora Maribel Carvajal Moreno a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento, me han 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 Profesional 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. 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.

	
PROFESIONAL: Maribel Del Carmen Carvajal Moreno	PACIENTE: LUISA FERNANDA SUAREZ MONSALVE
Documento: Cédula de ciudadanía: 51712054	Documento: Cédula de ciudadanía: 1037602625
Medico SST	
Licencia: 0017	
Especialista en: SST	
Registro: 15601	