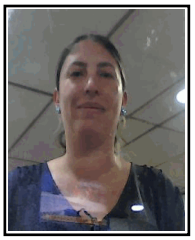
LABORATORIO CLINICO DE CALDAS IPS
NIT. 900257266-0
Calle 21 Nro 23-22 Ed. Atlas Piso 2
Cel. 3106721733 - Tel. 8730000 - 8975286 - www.laboratorioclinicodecaldas.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 15.834

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
21 DÍA	03 MES	2024 AÑO	MANIZALES (CALDAS, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA

PARTICULARES	PARTICULARES
Acuerdo comercial	Empresa

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	Genero	Edad	Documento de Identificación	
BOTERO RODRIGUEZ ALEJANDRA	FEMENINO	36 AÑOS 7 MESES 3 DÍAS	CC (Tipo)	1053779139 (Número)

Cargo
ABOGADA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO

Observaciones: *SE REALIZÓ EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS EN OSTEOMUSCULAR*

APTO PARA DESEMPEÑAR SU LABOR

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 MEDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES DE AUTOCUIDADO, PRACTICAR ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, CONSUMIR DIETA SANA, REALIZAR ACTIVIDAD PARA PREVENCIÓN DEL ESTRÉS, REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, MANTENER UN PESO SANO Y SI SU CASO APLICA CONTINUAR CONTROLES MÉDICOS PERIÓDICOS.

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: Ana Carolina Valencia R. Ana Carolina valencia R. Med. Esp. Medicina Laboral y Ocupacional Reg. Med. 15912 Lic. S.O. 72307

Nombre: VALENCIA RUIZ ANA CAROLINA

R. M.: 15912 **L.S.O.:** 72307

Código de Seguridad
P1082V1B15834

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: BOTERO RODRIGUEZ ALEJANDRA

CC: 1053779139