Katherine García Nates
Medica Cirujana - Universidad del Valle
Esp. Salud Ocupacional - Universidad Libre Seccional Cali

Carrera 7 No. 7-20 segundo piso
Barrio Samanes-Santander de Quilichao
Tel 3218406603



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1,020

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
11 DÍA	08 MES	2026 AÑO	SANTANDER DE QUILICHAO (CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES

CIIU (Actividad Económica) del empleador: SIN REGISTRAR

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
ORTEGA TAQUINAS DALLAN EVELIN	FEMENINO	41 AÑOS 1 MESES 24 DÍAS	CC (Tipo)	67038604 (Número)

Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA

EPS	AFP	ARL
AIC	PROTECCION	POSITIVA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN DEFECTO FÍSICO QUE NO IMPIDE REALIZAR LABOR ASIGNADA

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 Ingreso ✓ ----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HÁBITOS SALUDABLES
	CAPACITACIÓN : PAUSAS ACTIVAS SEGUN SGSST DE LA EMPRESA	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
		CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

NO SE SOLICITO PARA ESTA VALORACION OTRAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
CONCEPTO LABORAL: CUMPLE CON LAS CONDCIONES DEL CARGO, NO SE EMITEN RESTRICCIONES.
ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: EN EL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL REALIZADO SE HIZO UNA COMPLETA REVISIÓN DE SU SISTEMA OSTEOMUSCULAR, EXTREMIDADES Y COLUMNA, BUSCANDO PATOLOGÍAS O SECUELAS DE ESTAS QUE PUDIERAN CONSTITUIR UN RIESGO AUMENTADO PARA LA REALIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE SU TRABAJO HABITUAL, O DE AQUELLAS QUE IMPLIQUEN POSTURAS FORZADAS O MOVIMIENTOS REPETITIVOS.

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: 38561060 - KATHERINE GARCIA

R. M.: 19-8514 L.S.O.: 3708-05-2026

Código de Seguridad I1759O1U1020

Aspirante o Trabajador

Firma: _____

Nombre: ORTEGA TAQUINAS DALLAN EVELIN

CC: 67038604