SUSALUD

IPS SUSALUD EMO
NIT 901934905-7
Dir. Carrera 19 #23-06
Cel. 314 658 4800
Correo. susalud.emo@gmail.com
Yarumal - Antioquia



N° 131

# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 16 DÍA | 01 MES | 2026 AÑO | YARUMAL (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR |

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 Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| Apellidos y Nombres | Género | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| POSADA PEREZ NIDIA DEL CARMEN | FEMENINO | 39 AÑOS 8 MESES 25 DÍAS | CC (Tipo) | 1045077056 (Número) |

Cargo: EQUIDAD DE GENERO

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| COOSALUD | NO REFIERE | NO REFIERE |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL: SATISFACTORIO

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 CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR | ✓ |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| CONTINUAR MANEJO MÉDICO : SEGUIMIENTO POR MEDICO GENERAL | | HÁBITOS SALUDABLES<br>FORTALECIMIENTO MUSCULAR<br>DIETA BALANCEADA |

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(á) 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: 1044429899 - STEPHANIE VANESSA MERLANO

R. M.: 1044429899 L.S.O.: 2024060000790

Código de Seguridad: Q1718W1C131

**Aspirante o Trabajador**

Firma: Nidia Posada

Nombre: POSADA PEREZ NIDIA DEL CARMEN

CC: 1045077056

Powered by CamScanner