SUSALUD

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



N° 2.153

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
27 DÍA	07 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. Cédula de Ciudadanía, CE. Cédula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
MONSALVE ROJAS JIMENA PATRICIA	FEMENINO	22 AÑOS 3 MESES 15 DÍAS	CC (Tipo)	1039622336 (Número)

Cargo: **BIBLIOTECARIA**

EPS	AFP	ARL
SAVIA SALUD	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 DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES CONTROL DE PESO HACER DEPORTE NO FUMAR

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 aclarar mis preguntas, 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 pruebas para privacidad y confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mi en este examen son completas y veridicas. Autorizo la autorización para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en mis evaluación. Estoy de acuerdo autorización que suministre an seguridad y calidad de al trabajo y para los diagnostico reglamentadas en la exámen igualmente para que remitan la historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leido 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 J1718P1V2153

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: MONSALVE ROJAS JIMENA PATRICIA

CC: 1039622336

Scanned with CamScanner