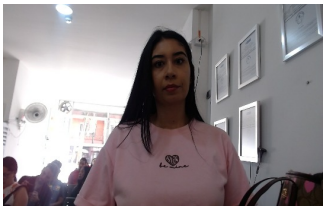
Fecha Impresión: **17/09/2026 08:30:38 am**	**CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL**	DPLaboral CRC Exámenes para Conductores Exámenes Laborales 901019120-8

Entidad Evaluadora: DIAGNOSTICO Y PREVENCION LABORAL S.A.S.	**NIT:** 901019120-8	**Teléfono:** 4448326
Código de habilitación: 0526616533	**Correo:** alexbusta@gmail.com	**Sede:** ENVIGADO

Fecha del Exámen: 17/09/2026 08:19	Fecha Atención: 17/09/2026 07:30	Tipo(s) de evaluación: Examen Médico Ocupacional de Pre-Ingreso

DATOS PERSONALES



Nombres: Laura Alejandra		Apellidos: Rojas Quintero
Tipo Documento: Cédula de ciudadanía		Nro Documento: 1037626088
Fecha Nacimiento: 1993-05-02	Edad: 33 años	Sexo: Femenino
Dirección: ENVIGADO		Teléfono : 3246874536
Lugar Residencia: Envigado		
Profesión/ocupación:		
EPS:		ARL:
Pensiones:		Cesantias:

ESTA ORDEN ES PARTICULAR

Cargo: Auxiliar administrativo en salud	Perfil Biológico:	Factores de Riesgo:	Medidas de Protección:

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Concepto	SIN PATOLOGIA QUE LIMITE EL CARGO

Concepto al Énfasis

ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	SIN HALLAZGOS A LA VALORACIÓN

Recomendaciones para el trabajador

Valoración por optometría clínica anual, requiere uso de lentes permanentes

Llevar estilos de vida y hábitos de trabajo saludables.

Hacer ejercicio cardiovascular de 3 a 6 veces por semana

Higiene postural

Restricciones para el trabajador

NINGUNA

Recomendaciones para la empresa

Es necesario que el puesto de trabajo tenga adecuadas condiciones de iluminación y ventilación, acorde con las exigencias del oficio.

Verificar de manera continua en el desarrollo del trabajo que las actividades y tareas a realizar no excedan las capacidades físicas y mentales

Implementar el programa empresarial de pausas activas

Procedimientos Realizados

✓ EXAMEN MÉDICO PREOCUPACIONAL DE INGRESO	✓ AUDIOMETRIA TONAL	✓ VISIOMETRIA
✓ OSTEOMUSCULAR		

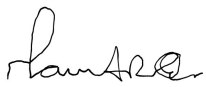
Recomendaciones Generales

✓ Sistema de Vigilancia Epidemiológica	✓ Uso de E.P.I	✓ Pausas Activas
✓ Higiene Postural	✓ Remitir EPS	

Tratamiento de Datos

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

	
PROFESIONAL: DIANA MARCELA TABORDA RODRIGUEZ	PACIENTE: Laura Alejandra Rojas Quintero
Documento: Cédula de ciudadanía: 43641531	Documento: Cédula de ciudadanía: 1037626088
MEDICO	
Licencia: 2021060007534	
Especialista en: MEDICO LABORAL	
Registro: 46129/05	