Colmédicos de Oriente S.A.
Seguridad y Salud en el trabajo

NIT. 811019808-1
Carrera 51 N 49 – 07 Edificio Los Heroes - Tels. 5611916- 5613423
E-mail. colmedicosdeoriente@yahoo.com
www.colmedicosdeorientesa.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 52.760

30 DÍA	12 MES	2024 AÑO	RIONEGRO (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL: EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

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

PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES
Nombre de la empresa	Empresa en misión

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

MEJIA SERNA PAULA YURANY (Apellidos y Nombres)	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	33 AÑOS 7 MESES 1 DÍAS	CC (Tipo)	1036940894 (Número)

Fecha de Nacimiento	Estado Civil	Número de hijos	Teléfono	Dirección	Municipio
30/05/1991	SOLTERO(A)	0	3113139527	CL 40 AA NR 50 BB 90	RIONEGRO (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

Escolaridad	Responsable	Teléfono del Responsable	EPS	ARL
POSTGRADO	MARTA SERNA	3117205017	SURA	COLMENA

Cargo
CONTADORA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

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:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	✓	VISIOMETRÍA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : CONSULTA CON OPTÓMETRA, POR TENER ALTERADO EL EXAMEN VISUAL. LA EMPRESA DEBE INFORMARLE AL PACIENTE PARA QUE CUMPLA CON ESTA RECOMENDACIÓN.	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA
PEDIR CITA DE CONTROL ANUAL CON OPTÓMETRA EN EPS	EDUCACIÓN EN NORMAS DE HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, CONTROL DE RIESGOS Y PREVENCIÓN DE ACCIDENTES RELACIONADOS CON SU CARGO	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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



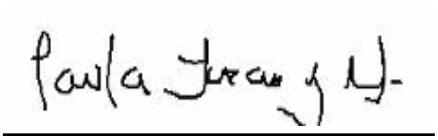
Firma:

Nombre: PEREZ AGUIRRE LILIANA MARIA

R. M.: 54389-10 **L.S.O.:** 2021060130298

Código de Seguridad
C835I1O52760

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: MEJIA SERNA PAULA YURANY

CC: 1036940894