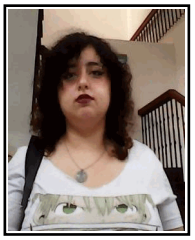
NIT. 816.003.024-0
Dirección: Carrera 10 # 19-52, Local 18, Edificio Diario Del Otún
Tel: (6)321 1606 - (6)345 1190 - Celular: 320 726 9333
Correo: informacion@previsionocupacional.com
www.previsionocupacional.com
Pereira, Colombia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 145.358

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
01 DÍA	09 MES	2026 AÑO	PEREIRA (RISARALDA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE PRE-INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR BÁSICO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES	LEIDY TATIANA VELASQUEZ LOAIZA

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	
VELASQUEZ LOAIZA LEIDY TATIANA	FEMENINO	25 AÑOS 2 MESES 17 DÍAS	CC (Tipo)	1004521000 (Número)

Cargo: **INDEPENDIENTE**

EPS	AFP	ARL
ASMED SALUD	PORVENIR	NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CUMPLE PARA EL CARGO/ SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Observaciones: *VALORACIÓN OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR*

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 MÉDICO OCUPACIONAL DE PRE-INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : RETOMAR CONTROLES EN EPS PARA PATOLOGIA COMUN	USO DE EPP : DOTAR DE EPP COMPLETOS Y HOMOLOGADOS SEGÚN FACTORES DE RIESGO OCUPACIONALES	HÁBITOS SALUDABLES : REALIZAR EJERCICIO REGULAR AL MENOS 3 VECES A LA SEMANA EN SESIONES DE MEDIA HORA, MEJORA EL ESTADO FÍSICO Y PREVIENE PATOLOGÍAS CARDIOVASCULARES, POR LO QUE LE RECOMENDAMOS LA PRÁCTICA DE TROTE, CAMINATA ENÉRGICA, NATACIÓN, CICLISMO U OTRA ACTIVIDAD DEPORTIVA, ACORDE CON SU ESTADO FÍSICO Y CONDICIÓN DE SALUD.
VALORACIÓN POR EPS : MANEJO INTEGRAL DE PESO.	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : SEGUN PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA.	
	CAPACITACIÓN : CAPACITACIONES PROPIAS DE LA LABOR, EN AUTOCUIDADO DE LA SALUD. EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	

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: CC: 1045693178 - LINDA LISSETT CUELLO

R. M.: 27796-13 **L.S.O.:** 709-24

Código de Seguridad
D133J1P145358

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: VELASQUEZ LOAIZA LEIDY TATIANA

CC: 1004521000