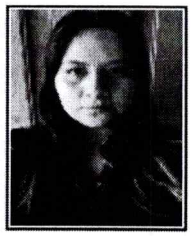
SoluIntegral SAC S.A.S.

Soluintegral SAC SAS
Nit. 90720154-1
Clínica Reina Victoria Consultorio 517
Popayán, Cauca
Cels. 3126327091 -3175097518
E-mail soluintegralsac@gmail.com, soluintegralsac@gmail.com soluintegralemo@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 12.771

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
22 DÍA	05 MES	2025 AÑO	POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	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)

ORDÓÑEZ. MEDINA. YUDY. ELENA.	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	26 AÑOS 4 MESES 9 DÍAS	CC	1107522725
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AUXILIAR DE ENFERMERIA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RESTRICCIONES

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 MÉDICO OCUPACIONAL	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : NUTRICION	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO : PERDIDA GRADUAL DE 15 KG
	CAPACITACIÓN : RELACIONADAS CON EL CARGO Y CON EL SGSST	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

ADULTA EN BUEN ESTADO GENERAL, SIN LIMITACIONES NI RESTRICCIONES PARA EL DESEMPEÑO NORMAL DEL CARGO AL QUE APLICA.

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

Ingrid S. Calvache O.
Médico General UCC
R. M. 1061710999
Esp. SST U. Cauca / Res. 13133 11-19

Firma:

Nombre: CALVACHE OCAMPO INGRID SORAYA

R. M.: 1061710999 **L.S.O.:** 13133/2019

Código de Seguridad
U1003A1G12771

Aspirante o Trabajador

Yudy Elena Ordoñez

Firma:

Nombre: ORDÓÑEZ. MEDINA. YUDY. ELENA.

CC: 1107522725