MEDICINA laboral

**MATTY DANIELA PADILLA DE LEÓN**
NIT: **1143239574**
Dir: **Calle 19 D # 20 - 19**
Cel: **315 639 7625**
Whatsapp: **316 393 2486**
**Barbosa - Antioquia**



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

**N° 2.074**

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 07 DÍA | 10 MES | 2026 AÑO | MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad | **EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO** |

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. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| Apellidos y Nombres | Género | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| **ORTEGA CASTRO DIANA MARCELA** | FEMENINO | 41 AÑOS 2 MESES 8 DÍAS | CC (Tipo) | 42694687 (Número) |

Cargo: **DOCENTE**

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| **SURA** | **COLPENSIONES** | **SURA** |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**CUMPLE CON LOS REQUISITOS PARA LA LABOR ASIGNADA**

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 | ✓ | VISIOMETRIA | ✓ |
| AUDIOMETRÍA | ✓ | ---------- | |

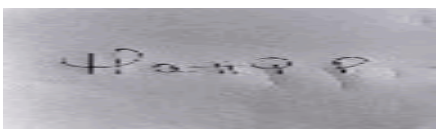
| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| VALORACIÓN POR EPS : OPTOMETRIA | SVE VISUAL | FORTALECIMIENTO MUSCULAR |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| | SVE OSTEOMUSCULAR | HACER DEPORTE |
| | CAPACITACIÓN | DIETA BALANCEADA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

SIN ALTERACIONES PARA EJERCER EL CARGO, AL EXAMEN FÍSICO SIN ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES, CON BUEN ARCO DE MOVILIDAD EN SUS EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES, SIN LIMITACIONES EN SUS EXTREMIDADES, CON BUEN AGARRE EN SU MIEMBRO SUPERIOR, SE DAN RECOMENDACIONES USO PERMANENTE DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DENTRO DE LA JORNADA LABORAL, SE RECOMIENDA REALIZAR EJERCICIOS PREOPERACIONALES. PAUSAS ACTIVAS, CON ÉNFASIS EN CUELLO, MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, SE SUGIERE REALIZAR INDUCCIÓN Y RE INDUCCIÓN A TRABAJADOR FRENTE A LOS FACTORES DE RIESGO A LOS QUE SE ENCUENTRAN EXPUESTO, CONTROL Y USO DE PROTECCIÓN DE ACUERDO AL PVE (PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA), CUMPLIR CON LAS NORMAS DE SG SST DE LA EMPRESA.

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.

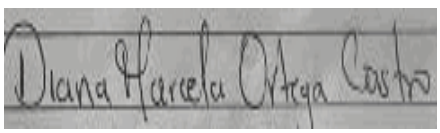
**Médico**

**Firma:** 

**Nombre:** CC: 1143239574 - MATTY DANIELA PADILLA

**Código de Seguridad**

**Aspirante o Trabajador**

**Firma:** 

**Nombre:** ORTEGA CASTRO DIANA MARCELA