EVALUARTE IPS

Nit: 901646990-8
Dirección: Calle 6a No 12-24
Tel: 608 860 3187 - Cel: 3178549951
Mail: evaluarteips@gmail.com



N° 5.618

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
05 DÍA	11 MES	2026 AÑO	NEIVA (HUILA, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULAR.	PARTICULAR.

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

8129 - OTRAS ACTIVIDADES DE LIMPIEZA DE EDIFICIOS E INSTALACIONES INDUSTRIALES.

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	
PRIETO MORENO PAUBLINA	FEMENINO	47 AÑOS 6 MESES 17 DÍAS	CC (Tipo)	55200771 (Número)

Cargo

OFICIOS VARIOS

EPS	AFP	ARL
SALUD TOTAL	NO REFIERE	NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SATISFACTORIO PARA LA LABOR ASIGNADA.

Observaciones: *NO APLICA*

APTO | PARA OSTEOMUSCULAR

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

1. EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR ✓ ----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

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: 1084923974 - DANIEL EDUARDO PASTRANA

R. M.: 1084923974 **L.S.O.:** 650/2022

Código de Seguridad
P1471V1B5618

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: PRIETO MORENO PAUBLINA

CC: 55200771