LABORATORIO CLINICO DE CALDAS IPS

NIT: 900257266-0
E-mail: laboratorioclinicocaldas@gmail.com
Dir: Calle 21 # 23-22 Edif. Atlas Piso 2, Manizales, Caldas, Colombia
Cel: 310 672 1733 - 312 846 3640
Web: laboratorioclinicodecaldas.com.co



N° 48.656

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
04 DÍA	11 MES	2026 AÑO	MANIZALES (CALDAS, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEMUSCULAR

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES	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	
JARAMILLO BEDOYA JULIAN DAVID	MASCULINO	38 AÑOS 2 MESES 11 DÍAS	CC (Tipo)	1053788435 (Número)

Cargo: INGENIERO AGRONOMO

EPS	AFP	ARL
SURA	PORVENIR	SURA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO

Observaciones: *EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR*

APTO	PARA DESEMPEÑAR SU LABOR

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 MEDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : DEBE USAR SIEMPRE LENTES CORRECTIVOS DURANTE SU LABOR	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : CONTROL DE SU ALTERACIÓN DEL PESO POR NUTRICIONISTA DE SU EPS	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES DE AUTOCUIDADO, PRACTICAR ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, CONSUMIR DIETA SANA, REALIZAR ACTIVIDAD PARA PREVENCIÓN DEL ESTRÉS, REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, MANTENER UN PESO SANO Y SI SU CASO APLICA CONTINUAR CONTROLES MÉDICOS PERIÓDICOS.

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: 10280765 - JHON JAIRO HURTADO

R. M.: 0214 L.S.O.: 0214

Código de Seguridad
N1082T1Z48656

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: JARAMILLO BEDOYA JULIAN DAVID

CC: 1053788435