Laboral Salud I.P.S.
Medicina Laboral y Sistemas de Gestión
Nit. 901017957-6
Dirección: Carrera 29 # 40 - 44 Bucaramanga - Colombia
Cel: 3114764772 Tel: 6323511 E-mail: administrativo@laboralsaludips.com



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 119.592

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 19 DÍA | 01 MES | 2026 AÑO | BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad | EMO EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR |

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

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| Oliverio Solano Cala | Contratista independiente |

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 | |
|---|---|---|---|---|
| QUITIAN CHAPARRO YULY PAOLA | FEMENINO | 38 AÑOS 0 MESES 21 DÍAS | CC (Tipo) | 1098648849 (Número) |

Cargo: **DOCENTE**

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| SALUD TOTAL | PORTECCION | POSITIVA |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**APTO SIN RESTRICCIONES LABORALES**

Observaciones: *NO APLICA*

| N/A | NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) |
|---|---|

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA |

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

| | |
|---|---|
| EMO EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR ✓ | ---------- |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| USAR CORRECCIÓN VISUAL | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | FORTALECIMIENTO MUSCULAR |
| | INCLUIR EN ACTIVIDADES DE P Y P EN PREVENCIÓN DE DESORDENES MUSCULOESQUELÉTICOS | CONTROL DE PESO |
| | | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| | | OTRO HÁBITO O ESTILO DE VIDA SALUDABLE |

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**

RM: 5209-82
LSO: 6400-2019

**Firma:**

**Nombre:** CC: 5645178 - JESUS ANTONIO MALDONADO

**R. M.:** 5645178 **L.S.O.:** 6400

**Código de Seguridad**
F99L1R119592

**Aspirante o Trabajador**

**Firma:**

**Nombre:** QUITIAN CHAPARRO YULY PAOLA

**CC:** 1098648849