Dr. Luis Alejandro Molina Salazar
Médico general - Especialista en Medicina ocupacional
Dirección: Cll 2 # 8e - 37 (Local 2) Br, Quinta Oriental
Cel: 321 9021651 - 313 2646785 - 300 3113960
Correo: md_luch@hotmail.com

Dr Luis A. Molina S.

GALENUS SST SAS
NIT: 901.661.166-8



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.975

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
05 DÍA	01 MES	2026 AÑO	CÚCUTA (NORTE DE SANTANDER, 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	
BUITRAGO FLOREZ DAFNI GISELLE	FEMENINO	28 AÑOS 9 MESES 21 DÍAS	CC (Tipo)	1094278803 (Número)

Cargo: **ABOGADA**

EPS	AFP	ARL
COMFAORIENTE	COLPENSIONES	POSITIVA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

APTO | PARA LABOR ASIGNADA

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
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
	SVE OSTEOMUSCULAR	

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 ver ídicas. 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 legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído 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

Luis Alejandro Molina Salazar
C.C. 1.090.435.503 Res: 4482 I.D.S.
Medico Especialista Riesgos Laborales, Seguridad y Salud en el trabajo

Firma:

Nombre: CC: 1090435503 - LUIS ALEJANDRO MOLINA

R. M.: 1090435503 **L.S.O.:** 4482

Código de Seguridad
T1349Z1F1975

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: BUITRAGO FLOREZ DAFNI GISELLE

CC: 1094278803