GRUPO MÉDICO PREVENCIÓN
Especialistas en Seguridad y Salud en el Trabajo

GRUPO MÉDICO PREVENCIÓN
Web: www.grupomedicoprevencion.com
Teléfono: 3104736043 - 3205124424
Correo: grupomedicoprevencion@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 5.309

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
21 DÍA	08 MES	2026 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO**

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

PARTICULARES	**ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELÁEZ**
Nombre de la empresa	**Empresa en misión**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

MARROQUIN MOYANO OLGA LUCIA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	36 AÑOS 8 MESES 4 DÍAS	CC	1069730588
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
APOYO FACTURACIÓN Y GESTIÓN DOCUMENTAL

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

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 ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**	**HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES**
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HÁBITOS SALUDABLES
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR: SATISFACTORIO - ASINTOMÁTICA
ESTADO NUTRICIONAL: NORMOPESO

SE SUGIERE REALIZAR ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN CUANTO A SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.
SE RECOMIENDA LA REALIZACIÓN DE PAUSAS ACTIVAS PROGRAMADAS Y DIRIGIDAS.

SE SUGIERE CONSIDERAR LA REALIZACIÓN DE EXÁMENES PARACLÍNICOS O AYUDAS DIAGNÓSTICAS SEGÚN EDAD DEL TRABAJADOR Y RIESGOS PROPIOS DEL CARGO CONTEMPLADOS DENTRO DEL PROFESIOGRAMA.

VALORACIÓN REALIZADA POR MODALIDAD DE TELEMEDICINA.

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. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



Firma:

Nombre: GIRALDO SANDOVAL DIANA LORENA

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: MARROQUIN MOYANO OLGA LUCIA

R. M.:	17284	L.S.O.:	74849	Código de Seguridad	CC:	1069730588
				N958T1Z5309		