



Nº 33.106

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

|   |           |                                   |                                |  |                                     |                             |            |
|---|-----------|-----------------------------------|--------------------------------|--|-------------------------------------|-----------------------------|------------|
| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN  |           |                                   |                                | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL  |                                     |                             |            |
| 28<br>DÍA   | 02<br>MES | 2024<br>AÑO                       | MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) | EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO   |                                     |                             |            |
|   |           |                                   |                                | Ciudad   |                                     |                             |            |
| DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE   |           |                                   |                                |  |                                     |                             |            |
| LAS BUSETICAS SAS   |           |                                   |                                | LAS BUSETICAS SAS  |                                     |                             |            |
| Nombre de la empresa  |           |                                   |                                | Empresa en misión  |                                     |                             |            |
| DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)   |           |                                   |                                |  |                                     |                             |            |
| OSPINA OSPINA ERICA LILIANA   |           |                                   |                                | Genero   | Edad                                | Documento de Identificación |            |
|   |           |                                   |                                | FEMENINO   | 36 AÑOS                             | CC                          | 1128425157 |
| Apellidos y Nombres   |           |                                   |                                |  |                                     | Tipo                        | Número     |
| Cargo<br><b>COORDINADORA DE OPERACIONES</b>   |           |                                   |                                |  |                                     |                             |            |
| CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL<br><b>APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)</b>   |           |                                   |                                |  |                                     |                             |            |
| Observaciones: <b>NO APLICA</b>   |           |                                   |                                |  |                                     |                             |            |
| NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)   |           |                                   |                                |  |                                     | N/A                         |            |
| RESTRICCIONES LABORALES   |           |                                   | TIPO                           | RECOMENDACIONES  |                                     |                             |            |
| SIN RESTRICCIONES LABORALES   |           |                                   | NO APLICA                      | NO APLICA  |                                     |                             |            |
| <b>El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:</b>   |           |                                   |                                |  |                                     |                             |            |
| EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEO muscular Y COLUMNA  |           |                                   |                                | ✓  | GLICEMIA                            | ✓                           |            |
| AUDIOMETRÍA   |           |                                   |                                | ✓  | PSICOACTIVO                         | ✓                           |            |
| VISIOMETRÍA   |           |                                   |                                | ✓  | -----                               | -----                       |            |
| RECOMENDACIONES MÉDICAS   |           | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES     |                                |  | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |                             |            |
| USAR CORRECCIÓN VISUAL  |           | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL |                                |  | HABITOS SALUDABLES                  |                             |            |
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO  |           |                                   |                                |  | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA           |                             |            |
| AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO  |           |                                   |                                |  | DIETA BALANCEADA                    |                             |            |
| <b>OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES</b>  |           |                                   |                                |  |                                     |                             |            |
| -GLUCOSA NORMAL<br>-TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO  |           |                                   |                                |  |                                     |                             |            |
| 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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento. De igual manera he sido notificado por parte del médico evaluador del resultado obtenido a raíz de la evaluación médica ocupacional. |           |                                   |                                |  |                                     |                             |            |
| <b>Médico</b>   |           |                                   |                                | <b>Aspirante o Trabajador</b>  |                                     |                             |            |
|    |           |                                   |                                |  |                                     |                             |            |
| Firma:  |           |                                   |                                | Firma:   |                                     |                             |            |
| Nombre: VELASQUEZ BETANCUR EDIER ALBEIRO  |           |                                   |                                | Nombre: OSPINA OSPINA ERICA LILIANA  |                                     |                             |            |
| R. M.: 050595-14  |           | L.S.O.: 10144 DE 10/11/           |                                | Código de Seguridad  |                                     | CC: 1128425157              |            |
| U117A1G33106  |           |                                   |                                |  |                                     |                             |            |

## RECOMENDACIONES

**Paciente:** OSPINA OSPINA ERICA LILIANA

**Fecha:** 28/02/2024

**Identificación:** CC: 1128425157

**Fecha Nacimiento:** 07/02/1988

**Cargo:** COORDINADORA DE OPERACIONES

**Edad:** 36 AÑOS

**Género:** FEMENINO

**Estado Civil:** SOLTERO(A)

**Dirección:** CR 49 B # 90 -106

**Ciudad:** MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

## RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, DIETA BALANCEADA, HÁBITOS SALUDABLES

## RECOMENDACIONES MÉDICAS

AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, USAR CORRECCIÓN VISUAL

## RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

## MÉDICO



Firma:

Nombre: VELASQUEZ BETANCUR EDIER ALBEIRO

R.M. 050595-14 L.S.O 10144 DE 10/11/20:

## PACIENTE



Firma:

Nombre: OSPINA OSPINA ERICA LILIANA

CC: 1128425157