

CRA. 44 No. 48-51  
(PLAZUELA DE SAN IGNACIO)  
CONMUTADOR: 216 11 44 - FAX: 239 57 86  
MEDELLIN - COLOMBIA  
E-mail: smsi@une.net.co



### CONCEPTO DE APTITUD LABORAL - PREEMPLEO

FECHA: DIA: 30	MES: 10	AÑO: 2015	Registro: 10:14 AM Cierre Historia: 11:34 AM
EMPRESA: MASFINCA S.A.S.			
NOMBRE: DIANA ISABEL AGUDELO ORTIZ		DOCUMENTO: 43585842 CC	
FECHA DE NACIMIENTO: 26/5/1974	EDAD: 41	GENERO: Femenino	HIJOS: 2
ESTADO CIVIL: Casado(a)	ESCOLARIDAD: UNIVERSITARIOS	GRUPO SANGUÍNEO: RH:	O Positivo
DIRECCION: LA MOTA		TEL: 3415861-3106339748	
DEPARTAMENTO: Antioquia		CIUDAD: Medellín	
OFICIO: COORDINADORA CONTABLE		ACTIVIDAD ECONOMICA:	
EPS: COOMEVA	ARL: NINGUNO	AFP: COLPENSIONES	

### A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES

EXAMEN	FECHA	INTERPRETACIÓN
TABLA SNELLEN	30/10/2015	VISION ADECUADA PARA LA OCUPACION

### CONCEPTO VALORACION MEDICA

PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO:

SIN PATOLOGIA APARENTE

CONDUCTA:

INCLUIR EN SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

- ERGONOMICO

- PSICOLABORAL

CONCEPTO DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

### OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

#### RECOMENDACIONES OCUPACIONALES::

- TRABAJO ESTATICO: VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES ERGONÓMICAS DEL PUESTO DE TRABAJO. INDUCCIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y PAUSAS ACTIVAS.
- DINAMICO Y CARGAS: INDUCCIÓN EN MANEJO SEGURO DE CARGAS E HIGIENE POSTURAL.
- MOVIMIENTOS REPETITIVOS: PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN ESTIRAMIENTO Y DESCANSO DE LAS ZONAS INVOLUCRADAS.
- ADECUADA INDUCCIÓN POR PARTE DEL EMPLEADOR EN LAS NORMAS DE HIGIENE POSTURAL.
- REALIZAR LOS EXAMENES OCUPACIONALES DE CONTROL PERIODICO SEMESTRAL O ANUALMENTE, SEGUN LAS NECESIDADES DE CADA EMPRESA
- AL TERMINAR CONTRATO, REALIZAR EL EXAMEN DE RETIRO. (RESOLUCION 2346 DEL 11 DE JULIO DE 2007 DEL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL)
- VIGILAR QUE EL TRABAJADOR TENGA EL TIPO DE PROTECCIÓN ADECUADA PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO.

#### OTRAS OBSERVACIONES

EL SOBREPESO ES LEVE SIN OTROS DETERIOROS QUE LO LIMITEN. SE LE RECOMIENDA MEJORAR DIETA Y EJERCICIO.

Certifico que no he omitido información acerca de mi estado de salud, todo es verídico y puede ser confirmado



*M. Rueda.*

*Diana Aguado*

MARITZA LILIANA RUEDA BELTRAN

Licencia No. 094392

NOMBRE Y LICENCIA DEL ESPECIALISTA  
EN SALUD OCUPACIONAL

FIRMA DEL TRABAJADOR

C.C. No.

**Consentimiento informado:**

Autorizo a SERVICIOS MEDICOS SAN IGNACIO a realizar en mí el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento.

Entiendo que la realización de esta(as) prueba(s) es voluntaria, Certifico que no omito información relevantes que pudieran influir sobre mi estado de salud y me comprometo a informar en forma veraz y oportuna a mi empleador cualquier cambio que pueda presentarse en las mismas, las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) está(n) completa(s), verídica(s) y puede ser confirmado.

Autorizo para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**CONSIDERACIONES JURÍDICAS RELATIVAS A LOS EXÁMENES DE INGRESO**

Las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y junio del 2009 del Ministerio de la Protección Social reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso, con el objeto de determinar la aptitud para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo y establecer la existencia de restricciones o limitaciones del aspirante. También establece que la empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO DE INGRESO del paciente. Los documentos completos de la historia clínica ocupacional está bajo nuestra guarda y custodia, acorde con lo establecido en la resolución 1918 de junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hace parte integral de su historial médico.

CRA. 44 No. 48-51 - PLAZUELA DE SAN IGNACIO - CONMUTADOR: 216 11 44 - FAX: 239 57 86 - E-mail: smsi@une.net.co  
MEDELLIN - COLOMBIA