SISEGSA DE LOS RIOS S.A.S

NIT. 901001443-2 LICENCIA SST N°1597 de 2016

Calle 17 N° 6A - 79 Av Lequerica Velez, Magangue Bolivar - Colombia
Cel. 321 8381291 – 304 - 2442966
E-mail. Sisegsadelosrioss.a.s@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° SGS-7852

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
03 DÍA	01 MES	2025 AÑO	SAN JUAN NEPOMUCENO (BOLIVAR) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL INGRESO

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

FUNDACION CASA DEL NIÑO IPS	806008935-1
Nombre de la empresa	NIT Empresa

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

JISETH VANESSA ROMERO SERRANO	Genero	Documento de Identificación	
	FEMENINO	CC	1051826136
Apellidos y Nombres		Tipo	Número

Cargo
COORDINADORA INTERNADO CON DISCAPACIDAD

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

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

Observaciones: *NO APLICA*

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 ✓	VISIOMETRÍA ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONSULTA POR OPTOMETRIA	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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	Aspirante o Trabajador
Firma:	Firma: Jiseth Romero Serrano
Nombre: GUARDO BERRIO JAIRO RAFAEL	Nombre: JISETH VANESSA ROMERO SERRANO
R. M.: 63-101/2012 L.S.O.: 1176/13/	CC: 1051826136

SISEGSA DE LOS RIOS S.A.S

NIT. 901001443-2 LICENCIA SST N°1597 de 2016

Calle 17 N° 6A - 79 Av Lequerica Velez, Magangue Bolivar - Colombia
Cel. 321 8381291 – 304 - 2442966
E-mail. Sisegsadelosrioss.a.s@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° SGS-8751

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
03 DÍA	01 MES	2025 AÑO	SAN JUAN NEPOMUCENO (BOLIVAR) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL INGRESO

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

FUNDACION CASA DEL NIÑO IPS	806008935-1
Nombre de la empresa	NIT Empresa

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

BRENDA BARRIOS DE ORO	Genero	Documento de Identificación	
	FEMENINO	CC	1051816937
Apellidos y Nombres		Tipo	Número

Cargo
TRABAJADORA SOCIAL INTERNADO CON DISCAPACIDAD

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

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

Observaciones: *NO APLICA*

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 ✓	VISIOMETRÍA ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONSULTA POR OPTOMETRIA	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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	Aspirante o Trabajador
Firma:	Firma: Brenda Barrios De oro
Nombre: GUARDO BERRIO JAIRO RAFAEL	Nombre: BRENDA BARRIOS DE ORO
R. M.: 63-101/2012 L.S.O.: 1176/13/	CC: 1051816937

SISEGSA DE LOS RIOS S.A.S

NIT. 901001443-2 LICENCIA SST N°1597 de 2016

Calle 17 N° 6A - 79 Av Lequerica Velez, Magangue Bolivar - Colombia
Cel. 321 8381291 – 304 - 2442966
E-mail. Sisegsadelosrioss.a.s@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° SGS-7856

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
03 DÍA	01 MES	2025 AÑO	SAN JUAN NEPOMUCENO (BOLIVAR) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO

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

FUNDACION CASA DEL NIÑO IPS	806008935-1
Nombre de la empresa	NIT Empresa

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

VANESSA BUENDIA VASQUEZ	Genero	Documento de Identificación	
	FEMENINO	CC	1051830762
Apellidos y Nombres		Tipo	Número

Cargo
GESTOR DE CASO INTERNADO CON DISCAPACIDAD

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

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

Observaciones: *NO APLICA*

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 ✓	VISIOMETRÍA ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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	**Aspirante o Trabajador**
Firma:	Firma: Vanessa Buendia Vasquez
Nombre: GUARDO BERRIO JAIRO RAFAEL	Nombre: VANESSA BUENDIA VASQUEZ
R. M.: 63-101/2012 L.S.O.: 1176/13/	CC: 1051830762

SISEGSA DE LOS RIOS S.A.S

NIT. 901001443-2 LICENCIA SST N°1597 de 2016

Calle 17 N° 6A - 79 Av Lequerica Velez, Magangue Bolivar - Colombia
Cel. 321 8381291 – 304 - 2442966
E-mail. Sisegsadelosrioss.a.s@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° SGS-7857

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
03 DÍA	01 MES	2025 AÑO	SAN JUAN NEPOMUCENO (BOLIVAR) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO

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

FUNDACION CASA DEL NIÑO IPS	806008935-1
Nombre de la empresa	NIT Empresa

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

CLAUDIA PATRICIA ESCUDERO BANQUET	Genero	Documento de Identificación	
	FEMENINO	CC	32787576
Apellidos y Nombres		Tipo	Número

Cargo
NUTRICIONISTA INTERNADO CON DISCAPACIDAD

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
SIN DEFECTO FÍSICO, NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

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 ✓	VISIOMETRÍA ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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	Aspirante o Trabajador
Firma:	Firma: Claudia Escudero
Nombre: GUARDO BERRIO JAIRO RAFAEL	Nombre: CLAUDIA PATRICIA ESCUDERO BANQUET
R. M.: 63-101/2012 L.S.O.: 1176/13/	CC: 32787576

SISEGSA DE LOS RIOS S.A.S

NIT. 901001443-2 LICENCIA SST N°1597 de 2016

Calle 17 N° 6A - 79 Av Lequerica Velez, Magangue Bolivar - Colombia
Cel. 321 8381291 – 304 - 2442966
E-mail. Sisegsadelosrioss.a.s@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° SGS-7858

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
03 DÍA	01 MES	2025 AÑO	SAN JUAN NEPOMUCENO (BOLIVAR) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO

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

Nombre de la empresa	NIT Empresa
FUNDACION CASA DEL NIÑO IPS	806008935-1

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	Genero	Documento de Identificación	
YANETH ESTELA ESTRADA ZABALETA	FEMENINO	Tipo: CC	Número: 33273545

Cargo
INSTRUCTORA DE TALLER INTERNADO CON DISCAPACIDAD

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

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

Observaciones: *NO APLICA*

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 ✓	VISIOMETRÍA ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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	Aspirante o Trabajador
Firma:	Firma: Yaneth Estrada Zabaleta
Nombre: GUARDO BERRIO JAIRO RAFAEL	Nombre: YANETH ESTELA ESTRADA ZABALETA
R. M.: 63-101/2012 L.S.O.: 1176/13/	CC: 33273545

SISEGSA DE LOS RIOS S.A.S

NIT. 901001443-2 LICENCIA SST N°1597 de 2016

Calle 17 N° 6A - 79 Av Lequerica Velez, Magangue Bolivar - Colombia
Cel. 321 8381291 – 304 - 2442966
E-mail. Sisegsadelosrioss.a.s@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° SGS-7859

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
03 DÍA	01 MES	2025 AÑO	SAN JUAN NEPOMUCENO (BOLIVAR) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO

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

FUNDACION CASA DEL NIÑO IPS	806008935-1
Nombre de la empresa	NIT Empresa

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

CARMEN ROCIO POSSO BUELVAS	Genero	Documento de Identificación	
	FEMENINO	CC	45780742
Apellidos y Nombres		Tipo	Número

Cargo
FORMADOR DIURNO INTERNADO CON DISCAPACIDAD

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

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

Observaciones: *NO APLICA*

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 ✓	VISIOMETRÍA ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONSULTA POR NUTRICION	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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	**Aspirante o Trabajador**
Firma:	Firma:
Nombre: GUARDO BERRIO JAIRO RAFAEL	Nombre: CARMEN ROCIO POSSO BUELVAS
R. M.: 63-101/2012 L.S.O.: 1176/13/	CC: 45780742

SISEGSA DE LOS RIOS S.A.S

NIT. 901001443-2 LICENCIA SST N°1597 de 2016

Calle 17 N° 6A - 79 Av Lequerica Velez, Magangue Bolivar - Colombia
Cel. 321 8381291 – 304 - 2442966
E-mail. Sisegsadelosrioss.a.s@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° SGS-7861

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
03 DÍA	01 MES	2025 AÑO	SAN JUAN NEPOMUCENO (BOLIVAR) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO

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

FUNDACION CASA DEL NIÑO IPS	806008935-1
Nombre de la empresa	NIT Empresa

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

MONICA PATRICIA BARRIOS BARRIOS	Genero	Documento de Identificación	
	FEMENINO	CC	45781568
Apellidos y Nombres		Tipo	Número

Cargo
FORMADOR NOCTURNO INTERNADO CON DISCAPACIDAD

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

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

Observaciones: *NO APLICA*

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 ✓	VISIOMETRÍA ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONSULTA POR NUTRICION	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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	Aspirante o Trabajador
Firma:	Firma: Mónica Barrios B.
Nombre: GUARDO BERRIO JAIRO RAFAEL	Nombre: MONICA PATRICIA BARRIOS BARRIOS
R. M.: 63-101/2012 L.S.O.: 1176/13/	CC: 45781568

SISEGSA DE LOS RIOS S.A.S

NIT. 901001443-2 LICENCIA SST N°1597 de 2016

Calle 17 N° 6A - 79 Av Lequerica Velez, Magangue Bolivar - Colombia
Cel. 321 8381291 – 304 - 2442966
E-mail. Sisegsadelosrioss.a.s@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° SGS-7862

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
03 DÍA	01 MES	2025 AÑO	SAN JUAN NEPOMUCENO (BOLIVAR) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO

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

FUNDACION CASA DEL NIÑO IPS	806008935-1
Nombre de la empresa	NIT Empresa

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

MARYORIS PAOLA BARRIOS MARTINEZ	Genero	Documento de Identificación	
	FEMENINO	CC	1051829261
Apellidos y Nombres		Tipo	Número

Cargo
FORMADOR NOCTURNO INTERNADO CON DISCAPACIDAD

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
SIN DEFECTO FÍSICO, NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

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 ✓	VISIOMETRÍA ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONSULTA POR NUTRICION	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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	**Aspirante o Trabajador**
Firma:	Firma: Maryoris Barrios Martinez.
Nombre: GUARDO BERRIO JAIRO RAFAEL	Nombre: MARYORIS PAOLA BARRIOS MARTINEZ
R. M.: 63-101/2012 L.S.O.: 1176/13/	CC: 1051829261

SISEGSA DE LOS RIOS S.A.S

NIT. 901001443-2 LICENCIA SST N°1597 de 2016

Calle 17 N° 6A - 79 Av Lequerica Velez, Magangue Bolivar - Colombia
Cel. 321 8381291 – 304 - 2442966
E-mail. Sisegsadelosrioss.a.s@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° SGS-7867

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
04 DÍA	01 MES	2025 AÑO	SAN JUAN NEPOMUCENO (BOLIVAR) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO

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

FUNDACION CASA DEL NIÑO IPS	806008935-1
Nombre de la empresa	NIT Empresa

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

MILENA SOFIA ARIAS LARA	Genero	Documento de Identificación	
	FEMENINO	CC	1002358450
Apellidos y Nombres		Tipo	Número

Cargo
AUXILIAR DE ENFERMERIA INTERNADO CON DISCAPACIDAD

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

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

Observaciones: *NO APLICA*

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 ✓	VISIOMETRÍA ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONSULTA POR NUTRICION	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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	Aspirante o Trabajador
Firma:	Firma: Milena Arias L.
Nombre: GUARDO BERRIO JAIRO RAFAEL	Nombre: MILENA SOFIA ARIAS LARA
R. M.: 63-101/2012 L.S.O.: 1176/13/	CC: 1002358450

SISEGSA DE LOS RIOS S.A.S

NIT. 901001443-2 LICENCIA SST N°1597 de 2016

Calle 17 N° 6A - 79 Av Lequerica Velez, Magangue Bolivar - Colombia

Cel. 321 8381291 – 304 - 2442966

E-mail. Sisegsadelosrioss.a.s@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° SGS-7868

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
04 DÍA	01 MES	2025 AÑO	SAN JUAN NEPOMUCENO (BOLIVAR) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO

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

FUNDACION CASA DEL NIÑO IPS	806008935-1
Nombre de la empresa	NIT Empresa

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

MONICA JUDITH MARQUEZ GARCIA	Genero	Documento de Identificación	
	FEMENINO	CC	45645392
Apellidos y Nombres		Tipo	Número

Cargo

AUXILIAR DE ENFERMERIA INTERNADO CON DISCAPACIDAD

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

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

Observaciones: *NO APLICA*

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 ✓	VISIOMETRÍA ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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	Aspirante o Trabajador
Firma:	Firma: Monica Marquez G
Nombre: GUARDO BERRIO JAIRO RAFAEL	Nombre: MONICA JUDITH MARQUEZ GARCIA
R. M.: 63-101/2012 L.S.O.: 1176/13/	CC: 45645392

SISEGSA DE LOS RIOS S.A.S

NIT. 901001443-2 LICENCIA SST N°1597 de 2016

Calle 17 N° 6A - 79 Av Lequerica Velez, Magangue Bolivar - Colombia
Cel. 321 8381291 – 304 - 2442966
E-mail. Sisegsadelosrioss.a.s@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° SGS-7870

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
04 DÍA	01 MES	2025 AÑO	SAN JUAN NEPOMUCENO (BOLIVAR) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO

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

FUNDACION CASA DEL NIÑO IPS	806008935-1
Nombre de la empresa	NIT Empresa

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

DANNY LUZ RICARDO CALVO	Genero	Documento de Identificación	
	FEMENINO	CC	1051817634
Apellidos y Nombres		Tipo	Número

Cargo
AUXILIAR DE ENFERMERIA INTERNADO CON DISCAPACIDAD

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

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

Observaciones: *NO APLICA*

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 ✓	VISIOMETRÍA ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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	Aspirante o Trabajador
Firma: Jairo Guardo Berrio	Firma: Danny Luz Ricardo C.
Nombre: GUARDO BERRIO JAIRO RAFAEL	Nombre: DANNY LUZ RICARDO CALVO
R. M.: 63-101/2012 L.S.O.: 1176/13/	CC: 1051817634

SISEGSA DE LOS RIOS S.A.S

NIT. 901001443-2 LICENCIA SST N°1597 de 2016

Calle 17 N° 6A - 79 Av Lequerica Velez, Magangue Bolivar - Colombia
Cel. 321 8381291 – 304 - 2442966
E-mail. Sisegsadelosrioss.a.s@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° SGS-7871

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
04 DÍA	01 MES	2025 AÑO	SAN JUAN NEPOMUCENO (BOLIVAR) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO

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

FUNDACION CASA DEL NIÑO IPS	806008935-1
Nombre de la empresa	NIT Empresa

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

BIANIS MILENA CHARRIS CERVANTES	Genero	Documento de Identificación	
	FEMENINO	CC	1082064790
Apellidos y Nombres		Tipo	Número

Cargo
AUXILIAR DE ENFERMERIA INTERNADO CON DISCAPACIDAD

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

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

Observaciones: *NO APLICA*

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 ✓	VISIOMETRÍA ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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	Aspirante o Trabajador
Firma:	Firma: Bianis Charris
Nombre: GUARDO BERRIO JAIRO RAFAEL	Nombre: BIANIS MILENA CHARRIS CERVANTES
R. M.: 63-101/2012 L.S.O.: 1176/13/	CC: 1082064790

SISEGSA DE LOS RIOS S.A.S

NIT. 901001443-2 LICENCIA SST N°1597 de 2016

Calle 17 N° 6A - 79 Av Lequerica Velez, Magangue Bolivar - Colombia
Cel. 321 8381291 – 304 - 2442966
E-mail. Sisegsadelosrioss.a.s@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° SGS-7872

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
04 DÍA	01 MES	2025 AÑO	SAN JUAN NEPOMUCENO (BOLIVAR) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO

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

FUNDACION CASA DEL NIÑO IPS	806008935-1
Nombre de la empresa	NIT Empresa

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

ZEILA MARIA MARTINEZ BARRIOS	Genero	Documento de Identificación	
	FEMENINO	CC	1051829594
Apellidos y Nombres		Tipo	Número

Cargo
AUXILIAR DE ENFERMERIA INTERNADO CON DISCAPACIDAD

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

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

Observaciones: *NO APLICA*

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 ✓	VISIOMETRÍA ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONSULTA POR NUTRICION	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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	**Aspirante o Trabajador**
Firma:	Firma: Zeila Martinez B.
Nombre: GUARDO BERRIO JAIRO RAFAEL	Nombre: ZEILA MARIA MARTINEZ BARRIOS
R. M.: 63-101/2012 L.S.O.: 1176/13/	CC: 1051829594

SISEGSA DE LOS RIOS S.A.S

NIT. 901001443-2 LICENCIA SST N°1597 de 2016

Calle 17 N° 6A - 79 Av Lequerica Velez, Magangue Bolivar - Colombia

Cel. 321 8381291 – 304 - 2442966

E-mail. Sisegsadelosrioss.a.s@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° SGS-7863

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
03 DÍA	01 MES	2025 AÑO	SAN JUAN NEPOMUCENO (BOLIVAR) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO

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

FUNDACION CASA DEL NIÑO IPS	806008935-1
Nombre de la empresa	NIT Empresa

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

SANDRA PATRICIA MARTELO FERNANDEZ	Genero	Documento de Identificación	
	FEMENINO	CC	1052075092
Apellidos y Nombres		Tipo	Número

Cargo

FORMADOR NOCTURNO INTERNADO CON DISCAPACIDAD

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

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

Observaciones: *NO APLICA*

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 ✓	VISIOMETRÍA ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONSULTA POR NUTRICION	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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	Aspirante o Trabajador
Jairo Guardo Berrio	
Firma:	Firma: Sandra Martelo Fernandez
Nombre: GUARDO BERRIO JAIRO RAFAEL	Nombre: SANDRA PATRICIA MARTELO FERNANDEZ
R. M.: 63-101/2012 L.S.O.: 1176/13/	CC: 1052075092

SISEGSA DE LOS RIOS S.A.S

NIT. 901001443-2 LICENCIA SST N°1597 de 2016

Calle 17 N° 6A - 79 Av Lequerica Velez, Magangue Bolivar - Colombia

Cel. 321 8381291 – 304 - 2442966

E-mail. Sisegsadelosrioss.a.s@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° SGS-7864

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
04 DÍA	01 MES	2025 AÑO	SAN JUAN NEPOMUCENO (BOLIVAR) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO

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

FUNDACION CASA DEL NIÑO IPS	806008935-1
Nombre de la empresa	NIT Empresa

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

GLENIS DEL CARMEN MORENO LOBELO	Genero	Documento de Identificación	
	FEMENINO	CC	33273504
Apellidos y Nombres		Tipo	Número

Cargo

FORMADOR NOCTURNO INTERNADO CON DISCAPACIDAD

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

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

Observaciones: *NO APLICA*

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 ✓	VISIOMETRÍA ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONSULTA POR NUTRICION	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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	**Aspirante o Trabajador**
Firma:	**Firma:** Glenis Moreno L.
Nombre: GUARDO BERRIO JAIRO RAFAEL	**Nombre:** GLENIS DEL CARMEN MORENO LOBELO
R. M.: 63-101/2012 **L.S.O.:** 1176/13/	**CC:** 33273504

SISEGSA DE LOS RIOS S.A.S

NIT. 901001443-2 LICENCIA SST N°1597 de 2016

Calle 17 N° 6A - 79 Av Lequerica Velez, Magangue Bolivar - Colombia
Cel. 321 8381291 – 304 - 2442966
E-mail. Sisegsadelosrioss.a.s@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° SGS-7865

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
04 DÍA	01 MES	2025 AÑO	SAN JUAN NEPOMUCENO (BOLIVAR) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO

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

FUNDACION CASA DEL NIÑO IPS	806008935-1
Nombre de la empresa	NIT Empresa

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

MARTHA LILIANA MELENDEZ VASQUEZ	Genero	Documento de Identificación	
	FEMENINO	CC	1051821722
Apellidos y Nombres		Tipo	Número

Cargo
AUXILIAR NOCTURNO INTERNADO CON DISCAPACIDAD

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

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

Observaciones: *NO APLICA*

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 ✓	VISIOMETRÍA ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONSULTA POR NUTRICION	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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	Aspirante o Trabajador
Firma:	Firma: Martha Melendez V.
Nombre: GUARDO BERRIO JAIRO RAFAEL	Nombre: MARTHA LILIANA MELENDEZ VASQUEZ
R. M.: 63-101/2012 L.S.O.: 1176/13/	CC: 1051821722

SISEGSA DE LOS RIOS S.A.S

NIT. 901001443-2 LICENCIA SST N°1597 de 2016

Calle 17 N° 6A - 79 Av Lequerica Velez, Magangue Bolivar - Colombia

Cel. 321 8381291 – 304 - 2442966

E-mail. Sisegsadelosrioss.a.s@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° SGS-7876

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
04 DÍA	01 MES	2025 AÑO	SAN JUAN NEPOMUCENO (BOLIVAR) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO

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

FUNDACION CASA DEL NIÑO IPS	806008935-1
Nombre de la empresa	NIT Empresa

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

YASMIRA ISABEL RODRIGUEZ ARIAS	Genero	Documento de Identificación	
	FEMENINO	CC	1051814839
Apellidos y Nombres		Tipo	Número

Cargo

SERVICIOS GENERALES INTERNADO CON DISCAPACIDAD

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

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

Observaciones: *NO APLICA*

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 ✓	VISIOMETRÍA ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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	**Aspirante o Trabajador**
Jairo Guardo Berrio	
Firma:	**Firma:** Yasmira Rodriguez Arias
Nombre: GUARDO BERRIO JAIRO RAFAEL	**Nombre:** YASMIRA ISABEL RODRIGUEZ ARIAS
R. M.: 63-101/2012 **L.S.O.:** 1176/13/	**CC:** 1051814839

SISEGSA DE LOS RIOS S.A.S

NIT. 901001443-2 LICENCIA SST N°1597 de 2016

Calle 17 N° 6A - 79 Av Lequerica Velez, Magangue Bolivar - Colombia
Cel. 321 8381291 – 304 - 2442966
E-mail. Sisegsadelosrioss.a.s@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° SGS-7641

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
22 DÍA	08 MES	2024 AÑO	SAN JUAN NEPOMUCENO (BOLIVAR) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL INGRESO

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

FUNDACION CASA DEL NIÑO IPS	806008935-1
Nombre de la empresa	NIT Empresa

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

	Genero	Documento de Identificación	
ALEXSANDRA CASTRO CONTRERAS	FEMENINO	CC	45781577
Apellidos y Nombres		Tipo	Número

MANIPULADORA DE ALIMENTOS

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

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

Observaciones: *NO APLICA*

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 ✓	VISIOMETRÍA ✓

CONCEPTO MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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 [illegible]uen 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 [illegible] 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	Aspirante o Trabajador
Firma:	Firma: Alexsandra Castro C
Nombre: GUARDO BERRIO JAIRO RAFAEL	Nombre: ALECSANDRA CASTRO CONTRERAS
R. M.: 63-101/2012 L.S.O.: 1176/13/	CC: 45781557

SISEGSA DE LOS RIOS S.A.S

NIT. 901001443-2 LICENCIA SST N°1597 de 2016

Calle 17 N° 6A - 79 Av Lequerica Velez, Magangue Bolivar - Colombia
Cel. 321 8381291 – 304 - 2442966
E-mail. Sisegsadelosrioss.a.s@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° SGS-7642

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
22 DÍA	08 MES	2024 AÑO	SAN JUAN NEPOMUCENO (BOLIVAR) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL INGRESO

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

FUNDACION CASA DEL NIÑO IPS	806008935-1
Nombre de la empresa	NIT Empresa

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

	Genero	Documento de Identificación	
YULIETH CARMONA DIAZ	FEMENINO	CC	1051815551
Apellidos y Nombres		Tipo	Número

MANIPULADORA DE ALIMENTOS

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

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

Observaciones: *NO APLICA*

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 ✓	VISIOMETRÍA ✓

CONCEPTO MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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 [illegible] 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 [illegible] 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	Aspirante o Trabajador
Firma:	Firma: YULIETH PAOLA CARMONA DIAZ
Nombre: GUARDO BERRIO JAIRO RAFAEL	Nombre: YULIETH CARMONA DIAZ
R. M.: 63-101/2012 L.S.O.: 1176/13/	CC: 1051815551

SISEGSA DE LOS RIOS S.A.S

NIT. 901001443-2 LICENCIA SST N°1597 de 2016

Calle 17 N° 6A - 79 Av Lequerica Velez, Magangue Bolivar - Colombia
Cel. 321 8381291 – 304 - 2442966
E-mail. Sisegsadelosrioss.a.s@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° SGH-7602

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
31 DÍA	07 MES	2024 AÑO	SAN JUAN NEPOMUCENO (BOLIVAR) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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

FUNDACION CASA DEL NIÑO IPS	806008935-1
Nombre de la empresa	NIT Empresa

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

CELSA ROCIO REYES RODRIGUEZ	Genero	Documento de Identificación	
	FEMENINO	CC	1047473546
Apellidos y Nombres		Tipo	Número

C...

PROFESIONAL DE AREA INTERNADO CON DISCAPACIDAD

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

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

Observaciones: *NO APLICA*

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 ✓	VISIOMETRÍA ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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... en 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 E... 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	Aspirante o Trabajador
Firma:	Firma: Celsa Reyes R
Nombre: GUARDO BERRIO JAIRO RAFAEL	Nombre: CELSA REYES RODRIGUEZ
R. M.: 63-101/2012 L.S.O.: 1176/13/	CC: 1047473546

SISEGSA DE LOS RIOS S.A.S

NIT. 901001443-2 LICENCIA SST N°1597 de 2016

Calle 17 N° 6A - 79 Av Lequerica Velez, Magangue Bolivar - Colombia
Cel. 321 8381291 – 304 - 2442966
E-mail. Sisegsadelosrioss.a.s@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° SGS-7639

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
22 DÍA	08 MES	2024 AÑO	SAN JUAN NEPOMUCENO (BOLIVAR) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL INGRESO

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

FUNDACION CASA DEL NIÑO IPS	806008935-1
Nombre de la empresa	NIT Empresa

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

VANESSA ESTRADA BARRIOS	Genero	Documento de Identificación	
	FEMENINO	CC	1051815087
Apellidos y Nombres		Tipo	Número

SERVICIOS GENERALES

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

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

Observaciones: *NO APLICA*

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 ✓	VISIOMETRÍA ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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 [illegible] 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	Aspirante o Trabajador
Firma:	Firma: Vanessa del Carmen Estrada Barrios
Nombre: GUARDO BERRIO JAIRO RAFAEL	Nombre: VANESSA ESTRADA BARRIOS
R. M.: 63-101/2012 L.S.O.: 1176/13/	CC: 1051815087

SISEGSA DE LOS RIOS S.A.S

NIT. 901001443-2 LICENCIA SST N°1597 de 2016

Calle 17 N° 6A - 79 Av Lequerica Velez, Magangue Bolivar - Colombia
Cel. 321 8381291 – 304 - 2442966
E-mail. Sisegsadelosrioss.a.s@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° SGS-7843

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
03 DÍA	01 MES	2025 AÑO	SAN JUAN NEPOMUCENO (BOLIVAR) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO

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

FUNDACION CASA DEL NIÑO IPS	806008935-1
Nombre de la empresa	NIT Empresa

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

DANA ROMERO ORTIZ	Genero	Documento de Identificación	
	FEMENINO	CC	1002429031
Apellidos y Nombres		Tipo	Número

Cargo
AUXILIAR ADMINISTRATIVO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

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

Observaciones: *NO APLICA*

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 ✓	VISIOMETRÍA ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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	Aspirante o Trabajador
Jairo Guardo Berrio	
Firma:	Firma: Dana Paola Romero.
Nombre: GUARDO BERRIO JAIRO RAFAEL	Nombre: DANA ROMERO ORTIZ
R. M.: 63-101/2012 L.S.O.: 1176/13/	CC: 1002429031

SISEGSA DE LOS RIOS S.A.S

NIT. 901001443-2 LICENCIA SST N°1597 de 2016

Calle 17 N° 6A - 79 Av Lequerica Velez, Magangue Bolivar - Colombia

Cel. 321 8381291 – 304 - 2442966

E-mail. Sisegsadelosrioss.a.s@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° SGS-7841

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
03 DÍA	01 MES	2025 AÑO	SAN JUAN NEPOMUCENO (BOLIVAR) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO

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

FUNDACION CASA DEL NIÑO IPS	806008935-1
Nombre de la empresa	NIT Empresa

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

MARIA OSORIO TAMARA	Genero	Documento de Identificación	
	FEMENINO	CC	1051817112
Apellidos y Nombres		Tipo	Número

Cargo

AUXILIAR NOCTURNO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

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

Observaciones: *NO APLICA*

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 ✓	VISIOMETRÍA ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

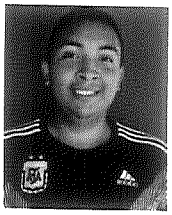
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor (a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar 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	**Aspirante o Trabajador**
Firma:	Firma: María Osorio
Nombre: GUARDO BERRIO JAIRO RAFAEL	Nombre: MARIA OSORIO TAMARA
R. M.: 63-101/2012 L.S.O.: 1176/13/	CC: 1051817112

SISEGSA DE LOS RIOS S.A.S

NIT. 901001443-2 LICENCIA SST N°1597 de 2016

Calle 17 N° 6A - 79 Av Lequerica Velez, Magangue Bolivar - Colombia
Cel. 321 8381291 – 304 - 2442966
E-mail. Sisegsadelosrioss.a.s@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° SGS-7840

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
03 DÍA	01 MES	2025 AÑO	SAN JUAN NEPOMUCENO (BOLIVAR) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO

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

Nombre de la empresa	NIT Empresa
FUNDACION CASA DEL NIÑO IPS	806008935-1

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	Genero	Documento de Identificación	
BRAYAN CONDE BLANCO	FEMENINO	Tipo: CC	Número: 1050483299

Cargo
FORMADOR NOCTURNO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

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

Observaciones: *NO APLICA*

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 ✓	VISIOMETRÍA ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

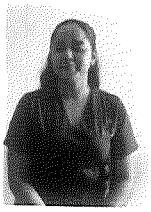
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor (a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar 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	Aspirante o Trabajador
Jairo Guardo Berrio	Brayan Conde Blanco
Firma:	Firma:
Nombre: GUARDO BERRIO JAIRO RAFAEL	Nombre: BRAYAN CONDE BLANCO
R. M.: 63-101/2012 L.S.O.: 1176/13/	CC: 1050483299

SISEGSA DE LOS RIOS S.A.S

NIT. 901001443-2 LICENCIA SST N°1597 de 2016

Calle 17 N° 6A - 79 Av Lequerica Velez, Magangue Bolivar - Colombia
Cel. 321 8381291 – 304 - 2442966
E-mail. Sisegsadelosrioss.a.s@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° SGS-7844

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
03 DÍA	01 MES	2025 AÑO	SAN JUAN NEPOMUCENO (BOLIVAR) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO

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

Nombre de la empresa	NIT Empresa
FUNDACION CASA DEL NIÑO IPS	806008935-1

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	Genero	Documento de Identificación	
MARIA JOSE RODRIGUEZ NOVOA	FEMENINO	Tipo: CC	Número: 1051832839

Cargo
PSICOLOGA INTERNADO CON DISCAPACIDAD

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

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

Observaciones: *NO APLICA*

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 ✓	VISIOMETRÍA ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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	Aspirante o Trabajador
Firma: Jairo Guardo Berrio	Firma: Maria Jose Rodriguez Novoa
Nombre: GUARDO BERRIO JAIRO RAFAEL	Nombre: MARIA JOSE RODRIGUEZ NOVOA
R. M.: 63-101/2012 L.S.O.: 1176/13/	CC: 1051832839

SISEGSA DE LOS RIOS S.A.S

NIT. 901001443-2 LICENCIA SST N°1597 de 2016

Calle 17 N° 6A - 79 Av Lequerica Velez, Magangue Bolivar - Colombia
Cel. 321 8381291 – 304 - 2442966
E-mail. Sisegsadelosrioss.a.s@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° SGS-7845

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
03 DÍA	01 MES	2025 AÑO	SAN JUAN NEPOMUCENO (BOLIVAR) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO

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

Nombre de la empresa	NIT Empresa
FUNDACION CASA DEL NIÑO IPS	806008935-1

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	Genero	Documento de Identificación	
DORIS MARIA BARRETO POSSO	FEMENINO	CC (Tipo)	33339761 (Número)

Cargo
FORMADOR DIURNO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

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

Observaciones: *NO APLICA*

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 ✓	VISIOMETRÍA ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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	Aspirante o Trabajador
Firma:	Firma: Doris Barreto Posso
Nombre: GUARDO BERRIO JAIRO RAFAEL	Nombre: DORIS MARIA BARRETO POSSO
R. M.: 63-101/2012 L.S.O.: 1176/13/	CC: 33339761