



CONSULTORIO MEDICO

Dra. Eliana Gonzalez

Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo

NIT. 30.938.029-9

Carrera 19A N° 22A-07 Barrio Villavenancio

Puerto Carreño - Vichada, Colombia

Cel. 3165364613 - E-mail. elikgonzale1@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 17.070

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
10 DÍA	07 MES	2025 AÑO	PUERTO CARREÑO (VICHADA, COLOMBIA)	
			EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO	
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE				
HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS INDEPENDIENTES			OSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS INDEPENDIENTE	
Nombre de la empresa			Empresa en misión	
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)				
QUINTERO VILLANUEVA MARIA ALEJANDRA			Genero	Edad
FEMENINO			32 AÑOS 11 MESES 11 DÍAS	CC
Apellidos y Nombres			Tipo	Número
CARGO			MEDICO GENERAL	
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL				
APTO CON RECOMENDACIONES				
Observaciones: NO APLICA				
N/A			NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)	
RESTRICCIONES LABORALES			TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES			NO APLICA	NO APLICA
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:				
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL			✓	
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : DERMATOLOGIA / NEUROLOGIA.			USO DE EPP	
USAR CORRECCIÓN VISUAL			SVE VISUAL	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO			PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS CON ENFASIS EN MIEMBROS SUPERIORES.	
VALORACIÓN POR EPS : SE SUGIERE VALORACION POR NUTRICION PARA DISMINUIR DE PESO.			CAPACITACIÓN : RIESGOS LABORALES SEGUN EXPOSICION.	
			OTROS : ERGONOMIA DEL PUESTO DE TRABAJO, MEJORAR LA POSTURA, REALIZAR HIGIENE POSTURAL // EVITAR CONTACTO DIRECTO CON SUSTANCIAS QUÍMICAS, POLVOS, DETERGENTES Y SOLVENTES -USO CONTINUO DE GUANTES DE NITRILO . CONTINUAR ESTUDIO POR DERMATOLOGIA.	
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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.				

Médico

Eliana González O.
Eliana K. González
Méd. Especialista SS
RM 3248-2012
LIC. 4323-2017

Firma: _____

Nombre: CC: 30938029 - ELIANA KATHERINE GONZALEZ

R. M.: 1245

L.S.O.: 5323



Código de Seguridad

Q735W1C17070

Aspirante o Trabajador

Maria Alejandra Quintero Villanueva

Firma: _____

Nombre: QUINTERO VILLANUEVA MARIA ALEJANDRA

CC: 1127395851