MEDICINA LABORAL

DR. CARLOS FERNANDO GALLEGO RUIZ
NIT: **1061698953-2**
DIRECCIÓN: **CRA 5 # 17-61**
TELÉFONOS: **320 512 4424 - 310 473 6043**
CORREO: **contacto@saludeneltrabajo.com**



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 2.921

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
15 DÍA	10 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	**EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR**

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

PARTICULARES	**SECRETARÍA DISTRITAL DE SEGURIDAD, CONVIVENCIA Y JUSTICIA.**
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)

RODRÍGUEZ REINA YOLANDA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	51 AÑOS 7 MESES 16 DÍAS	CC	39767788
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AUXILIAR DE ENFERMERÍA

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:

EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**	**HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES**
CONTINUAR MANEJO MÉDICO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	SVE CARDIOVASCULAR	CONTROL DE PESO
	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
	SVE OSTEOMUSCULAR	
	USO DE MOUSE ERGONÓMICO Y PAD MOUSE SIN ALMOHADILLA NI GEL.	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE SUGIERE REALIZAR ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN CUANTO A SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

SE RECOMIENDA LA REALIZACIÓN DE PAUSAS ACTIVAS PROGRAMADAS Y DIRIGIDAS.

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

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

Carlos Fernando Gallego Ruiz
Medico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
Licencia S.S.T. 74996
R.M. 17283

Firma:

Nombre: CC: 1061698953 - CARLOS FERNANDO GALLEGO

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: RODRÍGUEZ REINA YOLANDA

R. M.:	17283	L.S.O.:	74996	Código de Seguridad	CC:	39767788
				Z1566F1L2921		

Crear | Nuevo | Buscar | Editar | Ayuda

REGISTRO ACTUAL - SERVICIOS

Si conoce algún dato digítelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en **Buscar** para ver todos los registros.

Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

PRESTADORES | SEDES | **SERVICIOS** | CAPACIDAD | MEDIDAS DE SEGURIDAD | SANCIONES

NIT/CC 1061698953 - 0

Naturaleza Jurídica: Privada

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

Código del Prestador: 1761402439 - 01 Clase de Prestador: Profesional Indepe

Empresa Social del Estado: Nivel Atención Prestador: Carácter Territorial:

DATOS DE LA SEDE

Departamento: Caldas Municipio: RIOSUCIO

Código de la Sede: 1761402439 - 01

Nombre de la Sede: CARLOS FERNANDO GALLEGO RUIZ

SERVICIO

Grupo: Consulta Externa Número Distintivo de Habilitación del Servicio: DHSS0523626

Servicio: 407-MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL

Horarios

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
08:20A12:00-14:00A17:40	08:20A12:00-14:00A17:40	08:20A12:00-14:00A17:40	08:20A12:00-14:00A17:40	08:20A12:00-14:00A17:40	08:40A11:00	

Intramural

Intramural
SI

Extramural

Modalidad extramural Unidad móvil	Modalidad extramural Domiciliario	Modalidad extramural Jornada de salud	Modalidad extramural Transporte Asistencial y APH
NO	NO	SI	

Modalidades: Telemedicina

Telemedicina Prestador de Referencia

Telemedicina interactiva	Telemedicina no interactiva	Tele experticia	Tele monitoreo
SI	NO	NO	NO

Telemedicina Prestador de Remisor

Tele experticia	Tele monitoreo
NO	NO

Especificidades:

Complejidad: MEDIANA

Fecha apertura del servicio: 20230222 AAAAMMDD. AAAA: Año; MM: Mes; DD:Día.

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: viernes 31 de octubre de 2025 (1:20 p.m.)

Excel | Word | Texto

(2) registros encontrados.

1

Departamento	Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Servicio	Distintivo
Caldas	RIOSUCIO	1761402439	01	CARLOS FERNANDO GALLEGO RUIZ	328 -MEDICINA GENERAL	DHSS0071944
Caldas	RIOSUCIO	1761402439	01	CARLOS FERNANDO GALLEGO RUIZ	407 -MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL	DHSS0523626

1

Crear | Nuevo | Buscar | Editar | Ayuda