



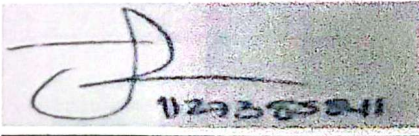
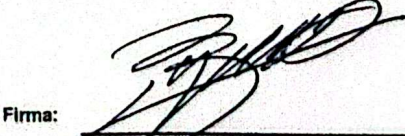
Dra. Jazmin Rodriguez
Medicina general
Especialidad en Seguridad y Salud en el Trabajo
NIT 1127385841-1

Dirección: Cra. 7 No. 19-78 Arturo Bueno.
Puerto Carreño - Vichada, Colombia
Cel: 320 832 9293
E-mail: gjsrodriguez22@gmail.com



N° 1.614

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
25 DÍA	11 MES	2025 AÑO	PUERTO CARREÑO (VICHADA, COLOMBIA)	CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	
			Ciudad		
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
Nombre de la empresa			Empresa en misión		
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS			HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS		
CIIU (Actividad Económica) del empleador:					
8699 - OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN DE LA SALUD HUMANA.					
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			Género	Edad	Documento de Identificación
GUIO MARTINEZ JHONY ANDRES			MASCULINO	32 AÑOS 0 MESES 18 DÍAS	CC 1057593494
				Tipo	Número
Carga					
TRABAJO SOCIAL					
EPS		AFP		ARL	
NO REFIERE		NO REFIERE		NO REFIERE	
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL					
APTO CON RECOMENDACIONES					
Observaciones: NO APLICA					
N/A NO SE EVALUARÁN 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:					
CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL ✓					
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
VALORACIÓN POR EPS : MEDICINA GENERAL		USO DE EPP		HÁBITOS SALUDABLES	
		PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		HACER DEPORTE	
		CAPACITACIÓN : ADAPTADO A SUS RIESGOS LABORALES		DIETA BALANCEADA	
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			Aspirante o Trabajador		
					
Firma:			Firma:		
Nombre: CC. 1127385841 - GISELA RODRIGUEZ			Nombre: GUIO MARTINEZ JHONY ANDRES		
R. M.: 1127385841			CC: 1057593494		
L.S.O.: 006-022024			Código de Seguridad		
			N1573T1Z1614		