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° 12.386

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
14 DÍA	06 MES	2024 AÑO	PUERTO CARREÑO (VICHADA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE	
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS INDEPENDIENTES	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS INDEPENDIENTES
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)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
GARCIA AMAYA CESAR AUGUSTO	MASCULINO	47 AÑOS 0 MESES 19 DÍAS	CC (Tipo)	18614214 (Número)

Cargo
OPERARIO DE MANTENIMIENTO

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	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : SEGUIMIENTO PERIODICO EN EPS.	USO DE EPP : USO DE PROTECCION RESPIRATORIO SEGUN EXPOSICIÓN AL RIESGO. PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL CAPACITACIÓN : RIESGOS LABORALES SEGUN EXPOSICION. OTROS : USO DE TAPABOCAS EN PRESENCIA DE PÚBLICO CON ENFERMEDADES RESPIRATORIAS Y CON PRESENCIA DE MATERIAL PARTICULADO.	HABITOS SALUDABLES HACER DEPORTE DIETA BALANCEADA

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 protegar la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mi 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 Gonzalez O.
Eliana K. Gonzalez
Med. Especialista en
RM 1245-2017
Lic. 5323-2017

Firma: _____

Nombre: GONZALEZ ORJUELA ELIANA KATHERINE

R. M.: 1245 L.S.O.: 5323

Código de Seguridad
H735N1T12986

Aspirante o Trabajador

Firma: _____

Nombre: GARCIA AMAYA CESAR AUGUSTO

CC: 18614214