EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Informe de Evaluación Ocupacional / Recomendaciones y restricciones Ocupacionales.

I. INFORMACION GENERAL

CIUDAD: **PUERTO TEJADA** **FECHA:** **14/01/2026**

MEDICINA LABORAL

Tipo de Exámen:	Preempleo	Egreso	Periódico	Cambio de Ocupación	Reubicación
	X				

Empresa:	***ALCALDIA MUNICIPAL DE PUERTO TEJADA***				
Nombre Trabajador:	***KAREN ANDREA GONZALEZ CARRILLO***			**Documento:**	***1.059.986.635***
Cargo Oficio:	***ENFERMERA PROFESIONAL***	**ARL:**	***POSITIVA***	**EPS:**	***ASMET***

II. CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

CON RECOMENDACIONES		SIN RECOMENDACIONES	X	APLAZADO	

III. RESTRICCIONES LABORALES O MOTIVO DE APLAZAMIENTO

PUEDE REALIZAR PARA EL CARGO SIN RECOMENDACIONES

IV. CONDICION AL EXAMEN DE EGRESO (RETIRO)

SATISFACTORIO		NO SATISFACTORIO		CON ALTERACIONES DE ORIGEN COMUN	

V. RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

EDUCACION SOBRE AUTOCUIDADO

HABITOS Y VIDA SALUDABLE

USO DE EPP, HIGIENE POSTURAL, PAUSA ACTIVA

Karen Andrea González C.

Dra. María Antonia Lasso M.
Esp. en Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo.
Licencia: 0126

Firma del Trabajador

DRA MARIA ANTONIA LASSO
RM 270795 LIC SO;0126 DEL 2017

Certifico que todo lo consignado en la historia clinica es verídico y puede ser confirmado.
Manifiesto explicitamente que me comprometo con el autocuidado de mi salud y mi integridad física