Dra. Deysy López Castro
Médica Especialista en Salud Ocupacional
Licencia en SST 2195 - 16
Registro Médico 52-0529

CERTIFICADO MÉDICO DE PRE INGRESO OCUPACIONAL

INFORMACION GENERAL



Fecha:	27/04/2026 15:13:01		
Empresa:	ALCALDÍA DISTRITAL DE SANTIAGO DE CALI		
Actividad económica:	SERVICIOS		
Nombres y apellidos:	JUAN JOSÉ ROMERO LÓPEZ		
Documento:	CC 1107527788		
Fecha de nacimiento:	22/08/1999		
Edad:	26 Años		
Género:	MASCULINO		
Estado Civil:	SOLTERO		
No. Hijos vivos:	0		
Escolaridad:	POSGRADO		
Dirección actual:	CALLE 8A # 38 - 70	Municipio:	CALI
Teléfono:	3115165694	EPS:	SANITAS
Cargo a desempeñar:	CONTRATISTA	ARL:	POSITIVA
Tipo Sangre - RH*:	A+	AFP:	COLPENSIONES

(*) Valor suministrado por el usuario

Certificado emitido de acuerdo con la Evaluación Médica Ocupacional realizada el 27/04/2026 15:13:01
Para emitir el concepto médico ocupacional no se realizan exámenes complementarios.

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

Puede desempeñar sus labores sin restricciones

RECOMENDACIONES PREVENTIVAS PARA EL USUARIO

Reportar oportunamente todo incidente o accidente relacionado con el trabajo.
Cumplir con las normas de Seguridad y Salud en el trabajo establecidas por la empresa.
Utilizar los EPI (Elementos de Protección Individual) otorgados por la empresa.
Higiene Postural.
Participar en el programa de pausas activas definido por la empresa.

RECOMENDACIONES PARA MEJORAR HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA

Beber al menos 8 vasos de agua al día.
Incorporar a la dieta diaria, alimentos de todos los grupos.
Realizar ejercicio, mínimo 3 veces a la semana.
Procurar una adecuada higiene del sueño.

3137652817

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

Realizar todos los exámenes definidos según profesiograma de la empresa.

Inducción y capacitación periódica, acordes a las funciones y riesgos del cargo.

Capacitación sobre hábitos y estilos de vida saludable.

Capacitación en higiene postural.

Dotar al trabajador de Elementos de Protección Personal adecuados para el riesgo.

Certifico que he sido informado amplia y suficientemente acerca de lo que trata y la finalidad que tiene ésta consulta médica y que han sido respondidas a satisfacción todas las preguntas que he tenido acerca de la misma. Autorizo al profesional médico para que me sea realizado el presente examen médico. Certifico que la información por mi brindada durante esta consulta médica es completa, veraz y que no he omitido información sobre mis antecedentes médicos, ni de mi actual estado de salud que pueda llegar a derivar en riesgos para mi salud y en particular con relación al desarrollo de mi trabajo, así mismo autorizo a los profesionales del área médica de la empresa para tener acceso y consulta a la información aquí contenida dentro del marco de la confidencialidad médica, para su utilización con fines de seguimiento, análisis y planeación de acciones de salud dentro de los programas de Seguridad y Salud en el Trabajo que la entidad considere se requieran. Refiero entender lo escrito en este consentimiento informado y de forma voluntaria firmo a continuación el presente documento en señal de aceptación:

Firma del Especialista

Deysy M. López Castro
MEDICA ESPECIALISTA
SALUD OCUPACIONAL
R.M. 52-0529 LIC. 2195

Deysy Mayerlin López Castro
LSO. 2195-16 RM 52-0529

Firma del Usuario

JUAN JOSÉ ROMERO LÓPEZ
CC 1107527788

3137652817