DR. HUGO FERNANDO BARRIOS ACOSTA MEDICO ESP. EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	**CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO**

FECHA DEL EXAMEN	20	06	2025	MUNICIPIO	C. DE VIBORAL-ANTIOQUIA	TIPO DE EVALUACION: INGRESO

EMPRESA: INDEPENDIENTE

DATOS DE IDENTIFICACION

Apellidos y Nombres	LEIDY LILIANA GARCIA OCAMPO			C.C.#	43983411
Cargo	AUX DE ENFERMERIA	Area	SALUD	Fecha de Ingreso	SIN DATO
EPS	SURA	ARL	NO TIENE	AFP	PORVENIR

CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO, SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES/ RESTRICCIONES

No.	ESPECIFIQUE	FECHA INICIO	FECHA FIN	OBSERVACIONES
	Sin restricciones para el cargo	**N/A**	**N/A**	

CONDUCTAS SEGUN DIAGNOSTICOS

RECOMENDACIONES GENERALES SOBRE AUTOCUIDADO Y USO DE EPP DE ACUERDO A LA LABOR.

PRÁCTICA DE EJERCICIO DE FORMA PERIÓDICA, HABITOS DE VIDA Y ALIMENTACIÓN SALUDABLE.

TAMIZAJE VISUAL: NORMAL

GENERALES EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CAPACITACION EN HIGIENE POSTURAL [X] CAPACITACION EN MANEJO ADECUADO DE CARGAS [X] USO DE E.P.P [X]

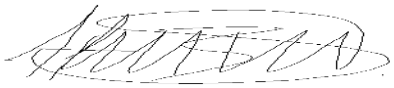
REALIZAR PAUSAS SALUDABLES DE ACUERDO A LA INTENSIDAD DE LA LABOR [X] INGRESAR AL SVE DME [ ]

INGRESAR SVE DE PLAGUICIDAS [ ] INGRESAR AL SVE DE ALTURAS [ ] INGRESAR AL SVE RUIDO [ ]

OTRO, ESPECIFIQUE

Certifico que me han comunicado y en consecuencia he comprendido el proposito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos de los éxamenes médicos ó paraclinicos ocupacionales que me han practicado. Asi mismo certifico que las respuestas dadas por mi en este éxamen y registradas en este documento estan completas y son verídicas, en consecuencia desde ya exonero a la empresa de cualquier responsabilidad en relacion con la informacion NO suministrada o suministrada de forma incompleta. Entiendo que la realización de este proceso es voluntario y libre de toda coerción y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento, antes de que me fueran practicadas las pruebas. Fui informado de las medidas que el medico de Seguridad y Salud en el Trabajo y la Empresa tomarán para protejer la confindecialidad de los resultados. Autorizo al médico de Seguridad y Salud en el Trabajo para que suministre por cualquier medio físico o electrónico la información registrada en este documento a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, para el buen cumplimiento del Programa de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Empresa, de los cuales recibiré los resultados y estoy de acuerdo con el proceso (La presente autorización permanecerá vigente, hasta tanto sea revocada y podrá ser revocada en los eventos previstos en la ley) Reitero con mi firma que he leido y comprendido perfectamente lo anterior y que ejercicio de mis derechos me encuentro en capacidad plena de expresar mi consentimiento.

FIRMAS



NOMBRE MEDICO: HUGO FERNANDO BARRIOS ACOSTA C.C. 85469290	NOMBRE TRABAJADOR LEIDY LILIANA GARCIA OCAMPO
LICENCIA S.O. 69413 REGISTRO MEDICO 50008-00	CEDULA 43983411

DIRECCIÓN: Carrera 12 B Nro. 12-95 La Ceja, Antioquia, Colombia- Tel. 3003823619