60

JAIRO LEÓN RODRÍGUEZ
MÉDICO ESPECIALISTA - CC: 70508762
SALUD OCUPACIONAL U DE A
LIC S.O 2020060026521 DSSA
REG MD 5354 /93 MSN
Cel: 312 289 1483



N° 414

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
13 DÍA	02 MES	2026 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	TRABAJADOR INDEPENDIENTE

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

SIN REGISTRAR

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	
GUERRA URREGO KELY JOHANA	FEMENINO	34 AÑOS 1 MESES 4 DÍAS	CC (Tipo)	1048017726 (Número)

Cargo

AUXILIAR ENFERMERIA CONTRATISTA

EPS	AFP	ARL
NUEVA EPS	PORVENIR	COLMENA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA LABORAR CON RECOMENDACIONES

Observaciones: *CONTINUAR CONTROLES DE DIABETES*

APTO	APTO PARA LABORAR CON RECOMENDACIONES

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO	✓	EXAMEN OSTEOMUSCULAR	✓
VISIOMETRIA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTROL MEDICO Y NO SUSPENDER MEDICACION POR PATOLOGIA ACTUAL : CONTROL DIABETES	SVE VISUAL	HÁBITOS SALUDABLES
	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
	SVE OSTEOMUSCULAR	HACER DEPORTE
	AUTOCUIDADO Y USO DE EPP : PARA RIESGO BIOLOGICO	DIETA BALANCEADA
	LAS MUJERES NO LEVANTAR CARGAS DE MAYORES A 12.5 KG DEL PISO Y NO TRASPORTAR MAS DE 25 KG	BEBE 8 VASOS DE AGUA AL DIA -HIDRATACION
	OBSERVAR LAS NORMAS DE SEGURIDAD Y REPORTAR OPORTUNAMENTE LOS ACCIDENTES	

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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Dr. Jairo León Rodríguez L.
Especialista en Salud Ocupacional
U de A Reg. N. 5354/93
Lic. S.O 2020060026521

Firma:

Nombre: CC 70508762 - JAIRO LEON RODRIGUEZ

R. M.: 5354/93 **L.S.O.:** 2020060026521

Código de Seguridad
T1753Z1F414

Aspirante o Trabajador

Kely Johana Guerra

Firma:

Nombre: GUERRA URREGO KELY JOHANA

CC: 1048017726