44

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° 561

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
05 DÍA	05 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	PARTICULARES

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	
VÉLEZ RESTREPO YULIETH ALEJANDRA	FEMENINO	27 AÑOS 3 MESES 7 DÍAS	CC (Tipo)	1.048.021.613 (Número)

Cargo: **TECNICA SALUD PUBLICA**

EPS	AFP	ARL
SAVIA SALUD	PORVENIR	COLMENA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA LABORAR

Observaciones: *SIN DEFECTO FISICO O ENFERMEDAD PRESENTE*

APTO | APTO PARA LABORAR

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
	SVE VISUAL	HÁBITOS SALUDABLES
	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
	SVE OSTEOMUSCULAR	HACER DEPORTE
	LAS MUJERES NO LEVANTAR CARGAS DE MAYORES A 12.5 KG DEL PISO Y NO TRASPORTAR MAS DE 25 KG	DIETA BALANCEADA
	OBSERVAR LAS NORMAS DE SEGURIDAD Y REPORTAR OPORTUNAMENTE LOS ACCIDENTES	BEBE 8 VASOS DE AGUA AL DIA -HIDRATACION

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
Univ. de Ant. Rg. M. 5354/93
Lic. S.O 2020060026521

Firma:

Nombre: CC: 70508762 - JAIRO LEON RODRIGUEZ

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

Código de Seguridad
Z1753F1L561

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: VÉLEZ RESTREPO YULIETH ALEJANDRA

CC: 1.048.021.613