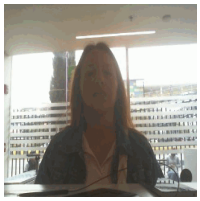
Certificado Médico Ocupacional



EMPRESA

PARTICULAR

NO. CERTIFICADO	2.208.626	**FECHA**	25/04/2026 10:59 a.m.	**PRESTADOR/SEDE**	BOGOTÁ - CENTRO MAYOR
PENSIONES	COLPENSIONES	**ARL**	NO REFIERE		
EPS	SANITAS			**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO
NOMBRES Y APELLIDOS	GARAY URQUIJO LEIDI CONSUELO			**NO. DOCUMENTO**	CC. 53.092.279
TIPO DE CARGO	OPERATIVO			**CARGO U OFICIO**	CONTRATISTA
EDAD	41	**SEXO**	F	**TELÉFONO**	3164390647
CORREO	conydwt@hotmail.com				

ACTIVIDAD ECONOMICA: SIN ACTIVIDAD ECONÓMICA ASIGNADA

EXÁMENES REALIZADOS

ENFASIS OSTEOMUSCULAR - EXAMEN MEDICO DE INGRESO - VISIOMETRÍA

CONCEPTO DE APTITUD	OTROS CONCEPTOS
Apto sin restricciones para el cargo	NA

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA 150 MINUTOS A LA SEMANA DE ACUERDO A INDICACIÓN MEDICA Y TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD - MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA - USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA ESFUERZOS VISUALES - CONTROL POR OPTOMETRÍA EN EPS

SE RETROALIMENTA AL PACIENTE SOBRE HALLAZGOS DE LA CONSULTA, EL PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

RECOMENDACIONES VISIOMETRIA

CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA - REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES DURANTE LA JORNADA SIGUIENDO LA REGLA 20-20-20 - REMISION VALORACION OPTOMETRIA FORMULAR CORRECION OPTICA - PARA ESFUERZO VISUAL PROLONGADO - USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION OCULAR

AUTORIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

Yo, GARAY URQUIJO LEIDI CONSUELO, identificado(a) con el documento de identidad CC No. 53.092.279, en mi calidad de titular de los datos personales, manifiesto que he sido informado(a) y entiendo que el tratamiento de mis datos personales por parte de MEDICINA LABORAL S.A.S., sus aliados y/o terceros autorizados, se realizará conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013, y las normas que las reglamenten o modifiquen. En virtud de lo anterior, autorizo de manera libre, previa, expresa e informada a MEDICINA LABORAL S.A.S., sus aliados y/o terceros autorizados para recolectar, almacenar, usar, circular y suprimir mis datos personales, incluyendo datos sensibles como información biométrica y datos relacionados con mi salud, con las siguientes finalidades: 1. Brindar una atención óptima, eficiente y personalizada en la prestación de servicios de salud ocupacional y medicina laboral. 2. Cumplir con las obligaciones legales y contractuales relacionadas con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST). 3. Implementar los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de las empresas con las cuales se tiene una relación contractual. 4. Realizar estudios de investigación con fines científicos, garantizando el anonimato de los datos personales cuando corresponda. 5. Cumplir con los requerimientos de las autoridades competentes en el marco de la normatividad vigente.

Derechos del titular: De acuerdo con el artículo 8 de la Ley 1581 de 2012, como titular de los datos personales, tengo derecho a: 1. Conocer, actualizar, rectificar, revocar, solicitar supresión de mis datos personales. 2. Solicitar prueba de la autorización otorgada. 3. Presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio si considero que se han vulnerado mis derechos.

La Política de Tratamiento de Datos Personales de MEDICINA LABORAL S.A.S. está disponible en <https://medilaboral.com/documentacion/> donde se especifican los mecanismos y canales para ejercer mis derechos como titular de los datos personales.

Declaro que la información suministrada es veraz, completa y correcta, y manifiesto mi autorización para el tratamiento de mis datos personales conforme a los términos aquí establecidos.

En constancia, firmo:

Aspirante o trabajador

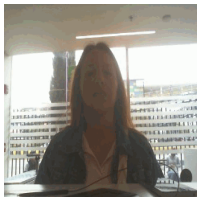


CC. 53.092.279

Certificado Médico Ocupacional

EMPRESA

PARTICULAR



NO. CERTIFICADO	2.208.626	**FECHA**	25/04/2026 10:59 a.m.	**PRESTADOR/SEDE**	BOGOTÁ - CENTRO MAYOR
PENSIONES	COLPENSIONES	**ARL**	NO REFIERE		
EPS	SANITAS			**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO
NOMBRES Y APELLIDOS	GARAY URQUIJO LEIDI CONSUELO			**NO. DOCUMENTO**	CC. 53.092.279
TIPO DE CARGO	OPERATIVO			**CARGO U OFICIO**	CONTRATISTA
EDAD	41	**SEXO**	F	**TELÉFONO**	3164390647	**CORREO**	conydwt@hotmail.com

Aspirante o trabajador

CC. 53.092.279

Profesional

Dra. Dora Elsy Suarez Naranjo
Medica Especialista SST
R.M. 5050 de 2009
Lic. SST 24608 de 22-04-2025

DRA. DORA ELSY SUAREZ NARANJO R.M11-5050/2009 CC24053050 LIC. 24608 DE 22-04-2025

ELABORADO Y EMITIDO POR

MEDICINA LABORAL S.A.S. 830142721 SEDE: CENTRO MAYOR TRANSVERSAL 35 NO 38B - 85 SUR PBX: (601) 770 27 74 BOGOTÁ

Evaluación realizada conforme a la Resolución 1843 del 2025

Confidencial: Este documento es exclusivo de MEDICINA LABORAL S.A.S. por lo que, se encuentra prohibida su divulgación por cualquier medio sin autorización expresa y escrita. www.medilaboral.com