JALD SST
Cuidado laboral integral

DIEGO FERNANDO LEYTON CAMACHO
NIT. 13072853
Carrera 10 Numero 18 A 60 - Pasto, Colombia
Cel. 3204255538 - E-mail. jaldsst@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 10.265

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
27 DÍA	10 MES	2026 AÑO	PASTO (NARIÑO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES CONTADO	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	
MAYA SALAZAR JUAN ANDRES	MASCULINO	27 AÑOS 8 MESES 6 DÍAS	CC (Tipo)	1089848254 (Número)

Cargo: **INGENIERO DE SISTEMAS**

EPS	AFP	ARL
EMSSANAR.	COLPENSIONES.	NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

N/A | NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓ ----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
	CAPACITACIÓN : PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD - HIGIENE POSTURAL – PAUSAS ACTIVAS - INDUCCION /REINDUCCION–	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE ATIENDE SEGÚN PROTOCOLO BIOSEGURIDAD - SE FOMENTA AUTOCUIDADO - REALIZAR SUS LABORES CON USO DE EPP PERTINENTES, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS – INSTRUCCIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y MECANICA CORPORAL - CUMPLIR LAS NORMAS DEL SGSST

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



Firma:

Nombre: CC: 13072853 - DIEGO FERNANDO LEYTON

R. M.: 52408/08 **L.S.O.:** 1133 IDSN

Código de Seguridad
C794I1O10265

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: MAYA SALAZAR JUAN ANDRES

CC: 1089848254