DRA. DIANA PATRICIA RODRIGUEZ JAIME

ESPECIALISTA EN SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO
RM 52707728- RESOLUCION 8791
Direccion: Cra 6 N. 14 – 80- CEL : 3187073110

INFORME MEDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo de certificacion:	Ingreso X	Periodico	Post incapacidad	Manipulacion de alimentos
	Retiro	Reubicacion	Ingreso al SVE	Trabajo en alturas

DATOS DEL PACIENTE

Fecha:	**FEBRERO 24 DE 2026**		
Nombre:	**NATALIA ALEJANDRA FERNANDEZ BELTRAN**		
Documento:	**CC 1075875698 DE SOPÓ**		
Empresa:	**E.S.E. HOSPITAL DIVINO SALVADOR DE SOPÓ**		
Cargo:	**MEDICO GENERAL**	**EPS: SURA**	**ARL: SURA**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLINICOS

1. EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS: OSTEOMUSCULAR
2. OPTOMETRIA
3. AUDIOMETRIA

EXAMEN DE INGRESO		EXAMEN PERIODICO	
SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	**X**	Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	
CON RESTRICCIONES PARA EL CARGO		Requiere restricción de actividades	
OBSERVACIONES :		Requiere reubicacion laboral temporal	
SE RECOMIENDA : PRACTICA DE HIGIENE POSTURAL REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DIETA RICA EN FIBRA, BAJA EN GRASAS Y AZUCAR, REALIZAR EJERCICIO DE MANERA REGULAR. SE INDICA USO DE TAPABOCAS Y DEMAS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL A NECESIDAD.		Requiere reubicacion laboral permanente	
		Apto para trabajar en alturas	
		Apto para trabajar en espacios confinados	
		EXAMEN DE RETIRO	
		Sospecha de enfermedad Profesional	
		Secuelas de Accidente de Trabajo	
		Enfermedad comun	

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMOLOGICA

Visual Auditivo Respiratorio Cardiovascular Psicosocial Osteomuscular Otros

REMISION:	ARL	SI		EPS	SI	
		NO	X		NO	X

PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, SIN HALLAZGOS PATOLOGICOS O CONDICION EN EL MOMENTO QUE SUGIERAN LIMITACION FISICA O DE APTITUD PARA EJERCER EL CARGO.

DRA. DIANA PATRICIA RODRIGUEZ JAIME	**Firma del Trabajador: NATALIA ALEJANDRA FERNANDEZ BELTRAN**
Especialista en Seguridad Y Salud en el Trabajo	**DOCUMENTO: CC 1075875698 DE SOPÓ**
Resolucion: 8791 DEL 04/07/2018	**DECLARO QUE LA INFORMACION CONTENIDA ES VERIDICA**

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