salud **ocupacional** de la sabana

SALUD OCUPACIONAL DE LA SABANA S.A.S.
Licencia Renovada en Seguridad y Salud en el Trabajo
Resolución 25-0176 del 12/03/2019 - NIT: 900256906-1
Dirección: Transversal 2 # 5 - 72, Ubaté (Cundinamarca)
Tel: (1) 889 0601, (1) 855 2083 - **Cel:** 310 780 2394
www.saludocupacionaldelasabana.com
correo: info@sodelasabana.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 18.096

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
29 DÍA	01 MES	2020 AÑO	VILLA DE SAN DIEGO DE UBATÉ (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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

PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES CONTADO
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)

DIAZ RODRIGUEZ PABLO EMILIO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	40 AÑOS 6 MESES 8 DÍAS	CC	74320814
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
TECNICO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)

Observaciones: *NO APLICA*

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

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
USAR CORRECCION VISUAL	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HABITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	CAPACITACIÓN : SOBRE LOS RIESGOS PROPIOS DEL OFICIO Y SU CONTROL (ENTRE OTROS TEMAS)	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CALISTENIA.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: Autorizo a Salud Ocupacional de la Sabana S.A.S, a realizar mi examen médico ocupacional y/o paraclínico(s) ocupacional(es) registrado(s) en este documento. Me han explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, y los riesgos del examen médico. 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. Autorizo a Salud Ocupacional de la Sabana S.A.S., para que suministre a la empresa contratante 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 (sistemas de vigilancia epidemiológica), y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que me encuentro en capacidad de firmar mi consentimiento informado.

Médico

Fulver Amado Z.
Médico Especialista en Salud Ocupacional
Lic. S.O. Renovada por Res. 2199
Bat. 21/07/2011

Firma:

Nombre: AMADO ZARATE FULVER

R. M.: 19216124 **L.S.O.:** 7199/2011

Aspirante o Trabajador

74320814

Firma:

Nombre: DIAZ RODRIGUEZ PABLO EMILIO

CC: 74320814

Scanned with CamScanner