

CENTRO OCUPACIONAL INTEGRAL BUGA S.A.S

Dra. Laura Daniela Anaya Hadechini
RM 137420-04 Resolución 0420
Aprobado por Resolución No 0842- Nit. 900448249-5
Carrera 16 No 5- 53- Guadalajara de Buga
Tel. 2388720- Cel. 300 726 5803



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 25.136

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
21 DÍA	12 MES	2021 AÑO	GUADALAJARA DE BUGA (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
GOBERNACIÓN DEL VALLE DEL CAUCA	GOBERNACIÓN DEL VALLE DEL CAUCA

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	Genero	Edad	Documento de Identificación	
MARIN SERNA VICTOR MANUEL	MASCULINO	49 AÑOS 9 MESES 4 DÍAS	CC (Tipo)	14895165 (Número)

Cargo
CONTRATISTA

Celular
3175319096

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCION PARA EL CARGO A DESEMPEÑAR

Observaciones: *RECOMENDACIONES ANOTADAS*

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 OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR ✓ ----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CERTIFICO QUE EN LA ATENCION BRINDADA AL USUARIO SE CUMPLE CON LOS LINEAMIENTOS DE BIOSEGURIDAD DADAS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y LA PROTECCION SOCIAL EN CUANTO AL USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECION PERSONAL Y MEDIDAS DE HIGIENE GENERAL PARA EVITAR LA INFECCION DEL CORONAVIRUS COVID 19. PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS SIN DÉFICIT NEUROLÓGICOS, BUENA RESPIRACIÓN, NIEGA DOLOR ARTICULAR O LIMITACION FISICA, NIEGA SÍNTOMA GRIPAL O FIEBRE EN LOS ÚLTIMOS 15 DIAS . ADEMAS MANTENER DISTANCIAMIENTO OBLIGATORIO PREVENTIVO, USAR TAPABOCAS, LAVADO DE MANO CADA DOS HORAS, NO SALUDAR DE ABRAZOS NI BESOS.
POR SOBREPESO: DIETA ADECUADA, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES Y EJERCICIOS, USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN DE ACORDE A LOS FACTORES DE RIESGOS EXPUESTO, EDUCACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y MEDIDAS DE ERGONOMIA, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS.
-ADOPTAR Y FOMENTAR HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES (ES VOLUNTARIO), ENTRE ELLOS:
-(1) PRACTICAR UN DEPORTE O REALIZAR EJERCICIOS FÍSICOS AL AIRE LIBRE DIARIAMENTE (CAMINAR Y REALIZAR FLEXO EXTENSIÓN GENERAL), ADEMÁS SE RECOMIENDA, (2) DIETA BAJA EN GRASAS, HARINAS Y SAL, EVITANDO O DISMINUYENDO EL CONSUMO DE ARROZ, TODO TIPO DE PRODUCTOS (COMIDAS Y/O BEBIDAS) QUE CONTENGAN AZÚCAR, PANELA, MIEL Y LA COMIDA CHATARRA. (3) DISMINUIR LA PORCIÓN (CANTIDAD) DE ALIMENTOS A CONSUMIR EN CADA RACIÓN DIARIA. (4) BAJAR DE PESO.

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

Médico

Firma:

Nombre: ANAYA HADECHINI LAURA DANIELA

R. M.: 137420-04 **L.S.O.:** 0420

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: MARIN SERNA VICTOR MANUEL

CC: 14895165