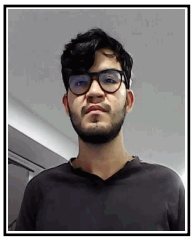
GRUPO SIGDE S.A.S
NIT. 901.461.460-0
Av. 2 D norte # 24 N - 138 B/ San Vicente
Tels. 661 55 30 - 668 71 57 - 668 71 58 - Cel. 3008223003 - E-mail. Gerencia@gruposigde.com
www.gruposigde.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 3.168

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
16 DÍA	05 MES	2022 AÑO	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

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

PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES
Nombre de la empresa	Empresa usuaria

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

ARIAS GUTIERREZ SEBASTIAN	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	26 AÑOS 3 MESES 7 DÍAS	CC	1107095499
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
ABOGADO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON CONDICIONES QUE NO INTERVIENEN CON EL TRABAJO A REALIZAR

Observaciones: *RESULTADO TEST DE FRAMINGHAM : RIESGO DE EVENTO CORONARIO A 10 AÑOS ES DE UN: 1 %, NO HAY EVIDENCIA DE LESIONES DERMATOLOGICAS ACTIVAS EN LA INSPECCION FISICA*

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	✓	PERFIL LIPIDICO	✓
AUDIOMETRÍA	✓	HEMOGRAMA	✓
OPTOMETRÍA	✓	HEMOCLASIFICACION	✓
GLICEMIA	✓	VALORACION CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR DE MIEMBROS SUPERIORES	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

APLICAR NORMAS DE HIGIENE SEGURIDAD Y AUTOCUIDADO, HIGIENE POSTURAL PAUSAS ACTIVAS PERIODICAS.
USO INDICADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGUN EXPOSICION A FACTORES DE RIESGO.
ACATAR DIRECTRICES DEL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.
REALIZAR ADECUADO MANEJO DE CARGAS Y BIOMECANICA CORPORAL.
OPTOMETRIA ANUAL, USO INDICADO DE CORRECCION OPTICA.

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



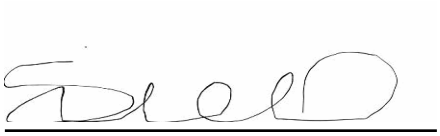
Firma:

Nombre: SARMIENTO MARTINEZ KENELMA LILIANA

R. M.: 3727/2002 **L.S.O.:** 2000/20OCT2016

Código de Seguridad
E893K1Q3168

Aspirante o Trabajador

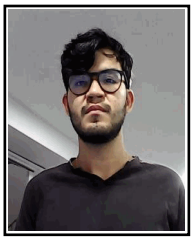


Firma:

Nombre: ARIAS GUTIERREZ SEBASTIAN

CC: 1107095499

GRUPO SIGDE S.A.S
NIT. 901.461.460-0
Av. 2 D norte # 24 N - 138 B/ San Vicente
Tels. 661 55 30 - 668 71 57 - 668 71 58 - Cel. 3008223003 - E-mail. Gerencia@gruposigde.com
www.gruposigde.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 3.168

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
16 DÍA	05 MES	2022 AÑO	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

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

PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES
Nombre de la empresa	Empresa usuaria

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

ARIAS GUTIERREZ SEBASTIAN	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	26 AÑOS 3 MESES 7 DÍAS	CC	1107095499
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
ABOGADO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON CONDICIONES QUE NO INTERVIENEN CON EL TRABAJO A REALIZAR

Observaciones: *RESULTADO TEST DE FRAMINGHAM : RIESGO DE EVENTO CORONARIO A 10 AÑOS ES DE UN: 1 %, NO HAY EVIDENCIA DE LESIONES DERMATOLOGICAS ACTIVAS EN LA INSPECCION FISICA*

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	✓	PERFIL LIPIDICO	✓
AUDIOMETRÍA	✓	HEMOGRAMA	✓
OPTOMETRÍA	✓	HEMOCLASIFICACION	✓
GLICEMIA	✓	VALORACION CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR DE MIEMBROS SUPERIORES	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

APLICAR NORMAS DE HIGIENE SEGURIDAD Y AUTOCUIDADO, HIGIENE POSTURAL PAUSAS ACTIVAS PERIODICAS.
USO INDICADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGUN EXPOSICION A FACTORES DE RIESGO.
ACATAR DIRECTRICES DEL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.
REALIZAR ADECUADO MANEJO DE CARGAS Y BIOMECANICA CORPORAL.
OPTOMETRIA ANUAL, USO INDICADO DE CORRECCION OPTICA.

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:

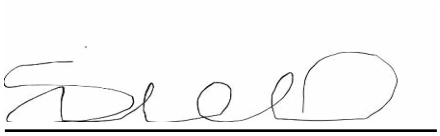
Nombre: SARMIENTO MARTINEZ KENELMA LILIANA

R. M.: 3727/2002 **L.S.O.:** 2000/20OCT2016

Código de Seguridad

H893N1T3168

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: ARIAS GUTIERREZ SEBASTIAN

CC: 1107095499