UNIVERSALUD IPS

UNIVERSALUD DE COLOMBIA IPS SAS

NIT. 901471322-5

Carrera 7 C BIS # 139-18 consultorios 401 Y 411
Tel. 601 7513378 - E-mail. infomedica@universaludips.com
www.universaludips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 841

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
19 DÍA	11 MES	2022 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
CONSULTORES TECNICOS Y ECONOMICOS SAS	CONSULTORES TECNICOS Y ECONOMICOS SAS

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	
ESTUPIÑAN JUNCO EDGAR FERNANDO	MASCULINO	48 AÑOS 3 MESES 16 DÍAS	CC (Tipo)	79752014 (Número)

Cargo
INGENIERO RESIDENTE ITS

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
SATISFACTORIO PARA DESEMPEÑAR LAS FUNCIONES PROPIAS DEL CARGO.

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:

OPTOMETRÍA	✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
GLICEMIA	✓	PERFIL LIPIDICO	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
	CAPACITACIÓN	NO FUMAR
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

PARA LA EMPRESA
•CAPACITAR EN EL CARGO /ACTIVIDAD A REALIZAR
•HIGIENE POSTURAL Y ERGONÓMICA CON ADECUADOS ÁNGULOS DE CONFORT PARA MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES
•IMPLEMENTAR EN EL PUESTO DE TRABAJO EL PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS, CON EL FIN DISMINUIR EL ESTRES, FATIGA Y EL CANSANCIO ORIGINADO POR LOS MOVIMIENTOS REPETITIVOS Y POSICIONES PROLONGADAS
•PAUSAS ACTIVAS SEGÚN CRONOGRAMA DE EMPRESA
•INCENTIVAR HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES
SE DAN RECOMENDACIONES DE MANEJO DE ESTRÉS
•USO DE EPPS SEGÚN ACTIVIDAD Y RIESGO EN EXPOSICIÓN
•EVITAR EL USO DE AUDÍFONOS EN JORNADA EXTRALABORAL/ PAUSAS AUDITIVAS.
•REALIZAR PAUSAS VOCALES CADA 20 MINUTOS
•ADECUADA HIDRATACIÓN ORAL CON AGUA CONSTANTEMENTE
•EVITAR CONSUMIR EN EXCESO ALIMENTOS MENTOLADOS, CAFEINADOS Y/O PICANTES
•EVITAR LOS CAMBIOS FUERTES DE TEMPERATURA
•REALIZAR EJERCICIO CARDIO RESPIRATORIO.
•SE DAN RECOMENDACIONES PREVENTIVAS PARA ENFERMEDAD VARICOSA
•SE REALIZA EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR
•USO DE GAFAS CUANDO SEA REQUERIDO: LEER, PANTALLAS, VISIÓN LEJANA, VISIÓN CERCANA, ETC.

PARA EL TRABAJADOR: ESTIRAMIENTOS DE MANOS Y ESPALDA A NECESIDAD - BUENAS POSTURAS: ERGONOMÍA E HIGIENE POSTURAL - EJERCICIO FÍSICO 40 MIN DIARIOS (TROTAR CAMINAR NATACIÓN YOGA ETC) - DIETA BALANCEADA RICA EN FIBRA PROTEÍNA VEGETALES Y FRUTAS - PRACTICAR HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES CONTINUAR NORMAS DE BIOSEGURIDAD - POR TI Y POR LOS TUYOS: USO DE TAPABOCAS DE MANERA CORRECTA, VACUNACIÓN, LAVADO DE MANOS, DISTANCIAMIENTO SOCIAL AL COMPARTIR EN LUGARES CERRADOS. USO ADECUADO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y ACTIVIDAD, USO DE EPPS SEGÚN ACTIVIDAD Y CARGO- ALTERNAR POSTURAS DE PIE Y SENTADO, SE SUGIERE POR CARGO A DESEMPEÑAR LA REALIZACIÓN DE AUDIOMETRÍA Y OPTOMETRIA

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: CAÑON BONZA LILIAM ANDREA

R. M.: 1032380829 **L.S.O.:** 14335/2017

Código de Seguridad
C1159I1O841

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: ESTUPIÑAN JUNCO EDGAR FERNANDO

CC: 79752014