Nit. 900773537-4
Habilitación No DHS677524

Sede Sur
lSO 722
Tel. 379 5951 Cel. 301 788 9281
Carrera 73 # 6-15 Barrio Capri

Sede Norte
lSO 13801
Tel. 348 2061 Cel. 302 344 0266
Calle 44 Norte No 4N- 43 Barrio La Flora

gerencia@grupomedicolaboral.com / www.grupomedicolaboral.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 30.614

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
14 DÍA	07 MES	2022 AÑO	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

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

PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES
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)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
ROLDAN GONZALEZ LISANDRO	MASCULINO	56 AÑOS 11 MESES 0 DÍAS	CC (Tipo)	6197487 (Número)

Cargo
CONTADOR PUBLICO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CONDICIONES DE SALUD QUE NO INTERFIEREN CON LA CAPACIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR Y LOS REQUERIMIENTOS DEL PERFIL DEL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

APTO	SIN PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR

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 MEDICA OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : NUTRICION EPS	SVE CARDIOVASCULAR	HÁBITOS SALUDABLES
		CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN PANORAMA DE RIESGOS DE LA EMPRESA
ESTILO DE VIDA SALUDABLE
REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA COMO MÍNIMO 3 VECES POR SEMANA
REALIZAR CAMBIOS DE POSICIÓN FRECUENTEMENTE EN EL PUESTO DE TRABAJO, ALTERNAR POSTURA BÍPEDA A SEDANTE (DE PIE A SENTADO)
IMPLEMENTAR EN EL PUESTO DE TRABAJO EL PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS OSTEOMUSCULARES CON EL FIN DE DISMINUIR EL ESTRÉS, LA FATIGA Y EL CANSANCIO ORIGINADOS POR LOS MOVIMIENTOS REPETITIVOS Y POSICIONES PROLONGADAS
ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES PARA CONSERVAR UN BUEN ESTADO DE COLUMNA: USAR ZAPATOS CÓMODOS, LA CABEZA Y EL TÓRAX DEBEN ESTAR DERECHOS Y ALINEADOS.
CUMPLIR CON PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD DE LA EMPRESA PARA COVID 19

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: SIERRA IMITOLA CESAR

R. M.: 196884 **L.S.O.:** 2495

Código de Seguridad

Z602F1L30614

Aspirante o Trabajador

Firma: 

Nombre: ROLDAN GONZALEZ LISANDRO

CC: 6197487