



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 28.129

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN			TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	
04 DIA	02 MES	2023 AÑO	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	
VILLA DE SAN DIEGO DE UBATÉ (CUNDINAMARCA, COLOMBIA)				
Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARA O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE				
INDEPENDIENTE			INDEPENDIENTE	
Nombre de la empresa			Empresa en misión	
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación: CC: Cédula de Ciudadanía, CE: Cédula de Extranjería, TI: Tarjeta de Identidad, PT: Pasaporte)				
GOMEZ PERAZA JAIRO ALONSO			Genero	Edad
Apellidos y Nombres			MASCULINO	46 AÑOS 1 MESES 24 DÍAS
			Documento de identificación	CC 79167785
			Tipo	Numero
Cargo ENCUESTADOR SISBEN				
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL				
APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)				
Observaciones: NO APLICA				
NO SE EVALUARÁN 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 OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR		GLICEMIA		
OPTOMETRÍA		PERFIL LIPÍDICO		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
SE ENTREGA FORMATO DE REMISIÓN A EPS		USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL PERMANENTES PARA VISION CERCANA Y LEJANA		SVE OSTEOMUSCULAR REVISIÓN PERIÓDICA DE LOS SEGMENTOS DEL MIEMBRO SUPERIOR DE SEGMENTOS DEL MIEMBRO INFERIOR Y DE COLUMNA LUMBAR.		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		HACER DEPORTE
VALORACIÓN POR EPS: MEDICINA GENERAL		CAPACITACIÓN SOBRE LOS RIESGOS DEL TRABAJO Y SU CONTROL (ENTRE OTROS TEMAS)		
		OTROS: CALISTENIA, ANTES Y DESPUES DE LA JORNADA LABORAL		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES				
EL TRABAJADOR DECLARA HABER CONTESTADO FIELMENTE A TODAS LAS PREGUNTAS FORMULADAS POR EL PERSONAL DE SALUD OCUPACIONAL DE LA SABANA SAS., Y CON SU FIRMA CERTIFICA QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES VERAZ Y FIDEDIGNA, POR TANTO, HACE RESPONSABLE DE LO MANIFESTADO EN CUANTO A SU ESTADO DE SALUD. NOTA.- POR LA PANDEMIA COVID-19, SE REALIZA LA CONSULTA CON EL USO DE TODOS LOS EPP: TAPABOCAS VISOR, GUANTES, BATA Y TRAJE-OVEROL ANTIFLUIDOS, CUMPLIENDO CON LA NORMA DE BIOSEGURIDAD INDICADA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. ADEMÁS, SE REALIZA EL PROTOCOLO DE DESINFECCIÓN DEL PACIENTE DESDE SU INGRESO: USO DE TAPABOCAS, DESINFECCIÓN DEL CALZADO Y TOMA DE TEMPERATURA, LA CUAL SE REALIZA ANTES DE INGRESAR Y A LA SALIDA DE LA IPS. AL FINAL DE CADA CONSULTA SE HACE DESINFECCIÓN DEL AREA DE EXAMEN. SE LE RECORDÓ LO IMPORTANTE DE CONTINUAR CON EL AUTOCUIDADO: USO DE TAPABOCA (BOCA Y NARIZ), EL LAVADO FRECUENTE DE MANOS Y EL DISTANCIAMIENTO SOCIAL.				
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) ocupacionales) 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		Aspirante o Trabajador		
Firma: FULVER AMADO ZARATE MEDICO ESPECIALISTA SST LIC. SST. RENOVADA RES. 1135 DEL 31/01/2022		Firma: J. PERAZA 79167785		
Nombre: AMADO ZARATE FULVER		Nombre: GOMEZ PERAZA JAIRO ALONSO		

R. M.:	19216124	L.S.O.:	11105 DE 03/08/2021	CC:	79167785
--------	----------	---------	---------------------	-----	----------