



CLINICA LABORAL SAGUIL S.A.S.

Licencia de Salud Ocupacional Res. 25-0442 del 20/05/2019

Calle 8 # 8-103 Ubaté - Cundinamarca
Tel. 855 2613 - Cel. 313 453 5980
info@clnicasaguil.com

Calle 6 # 4 - 80 oficina 302 Samacá - Boyacá
Cel. 3227186701
infosamaca@clnicasaguil.com

www.clinicasaguil.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 42,622

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
15	04	2024	VILLA DE SAN DIEGO DE UBATE (CUNDINAMARCA, COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR			
DÍA	MES	AÑO	Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
INDEPENDIENTES				INDEPENDIENTES			
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)							
VELASQUEZ BELLO LILIANA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	41 AÑOS 5 MESES 6 DÍAS	CC	52812950
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo CONTRATISTA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO: SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA							
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:							
EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR(CONSULTA DE CONTROLO DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL)				-----			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
				USO DE EPP			
				PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA- REALIZAR EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO MUSCULAR (PAUSAS ACTIVAS)- REALIZAR EXÁMENES OCUPACIONALES PERIÓDICAMENTE- USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL.							
BIOSEGURIDAD: ATENCIÓN BRINDADA AL USUARIO CUMPLE CON LOS LINEAMIENTOS DE BIOSEGURIDAD DADOS POR EL MINISTERIO DE SALUD EN CUANTO A USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, LAVADO DE MANOS Y MEDIDAS DE HIGIENE EN GENERAL.							
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				Aspirante o Trabajador			
Firma:				Firma:			
Nombre: ESPARZA ESPARZA NATALIA				Nombre: VELASQUEZ BELLO LILIANA			
R. M.: 1019044876				CC: 52812950			
L.S.O.: 1381 - 03/02/2017				Código de Seguridad			
				E543K1Q42622			