salud ocupacional de la sabana

SALUD OCUPACIONAL DE LA SABANA S.A.S.
Licencia Renovada en Seguridad y Salud en el Trabajo
Resolución 25-0176 del 12/03/2019 - NIT: 900256906-1
Dirección: Transversal 2 # 5 - 72, Ubaté (Cundinamarca)
Tel: (1) 889 0601 (1) 865 2083 - **Cel:** 310 780 2394
www.saludocupacionaldelasabana.com
correo: info@saludocupacionaldelasabana.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
13 DIA	01 MES	2023 AÑO	VILLA DE SAN DIEGO DE UBATÉ (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ 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, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
ORTIZ RODRIGUEZ DENIS KATHERINE	FEMENINO	32 AÑOS 8 MESES 3 DÍAS	Tipo: CC	Número: 1076654174

Cargo
ADMINISTRATIVO UMATA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)

Observaciones: *NO APLICA*

NO SE EVALUARÓN 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
VISIOMETRÍA

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 VISIÓN LEJANA	SVE OSTEOMUSCULAR : REVISIÓN PERIÓDICA DE LOS SEGMENTOS DEL MIEMBRO SUPERIOR, DE SEGMENTOS DEL MIEMBRO INFERIOR Y DE COLUMNA LUMBAR.	CONTROL DE PESO
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FISICA AERÓBICA
VALORACIÓN POR EPS : MEDICINA GENERAL	CAPACITACIÓN : SOBRE LOS RIESGOS DEL TRABAJO Y SU CONTROL (ENTRE OTROS TEMAS)	HACER DEPORTE
ESPECIALISTA : NUTRICIÓN	OTROS : CALISTENIA, ANTES Y DESPUES DE LA JORNADA LABORAL	DIETA BALANCEADA : BAJA EN CARBOHIDRATOS

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

LA TRABAJADORA 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, SE 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 ÁREA 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) ocupacional(es) 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:	Firma:
Nombre: AMADO ZARATE FULVER	Nombre: ORTIZ RODRIGUEZ DENIS KATHERINE