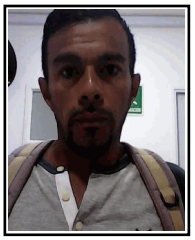
Ingresemos sas
¡Cuidamos la Salud de Tu Recurso Humano!

NIT 901261532-4
Dirección: **Cr 50 A # 58 - 69 Prado Centro**
Teléfonos: **311 777 6767 - 322 307 3618**
Mail: **contacto@ingresemos.com**
facturacioningresemos@gmail.com
www.ingresemos.com
Medellín, Colombia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 32.722

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
22 DÍA	08 MES	2024 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	**EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS BASICO**

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

Nombre de la empresa	**Empresa en misión**
FLOREZ SANTOS JUVIER JOSE	**FLOREZ SANTOS JUVIER JOSE**

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	
FLOREZ SANTOS JUVIER JOSE	MASCULINO	44 AÑOS 11 MESES 24 DÍAS	CC (Tipo)	92536919 (Número)

Cargo
OFICIAL DE OBRA BLANCA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO O LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

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 AUDIOMETRIA TAMIZ	✓	GLUCOSA	✓
VISIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ	✓	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO.	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
	CAPACITACIÓN	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

INFORMAR OPORTUNAMENTE DE LOS PELIGROS IDENTIFICADOS EN EL TRABAJO. PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES QUE SE DESARROLLEN EN EL CUMPLIR CON LOS PROCEDIMIENTOS SISTEMA DE GESTIÓN Y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO. MANTENGA BUENA HIGIENE POSTURAL AL LEVANTAR OBJETOS, AGACHARSE O CAMINAR, NO MANTENER POSTURAS INADECUADAS EN NINGUNA PARTE DEL CUERPO (CUELLO, MANOS, ESPALDA). VIGILAR QUE EL TRABAJADOR TENGA EL TIPO DE PROTECCIÓN ADECUADA PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO.
ESTE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL SE REALIZA EN CONDICIONES DE REPOSO Y ESTÁ ENFOCADO EN UNA REVISIÓN, BUSCANDO PATOLOGÍAS ACTIVAS O SECUELAS OSTEOMUSCULARES EXTREMIDADES Y COLUMNA. DURANTE SU EVALUACIÓN NO SE EVIDENCIO PATOLOGÍA O SINTOMATOLOGÍA DE ORIGEN OSTEOMUSCULAR QUE PUDIERAN GENERA LIMITACIONES O RIESGO PARA DESEMPEÑAR SUS FUNCIONES LABORALES.
EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN EVALUACION OSTEOMUSCULAR DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES VIGILAR QUE EL TRABAJADOR TENGA EL TIPO DE PROTECCIÓN ADECUADA PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO. INSTRUIR EN LA PREVENCION DE ENFERMEDADES Y LESIONES, BUEN USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y REPORTE OPORTUNO DE INCIDENTES Y ACCIDENTES LABORALES.

EL CONCEPTO MEDICO GENERADO EN ESTA EVALUACIO Y SUS RECOMENDACIONES SE FUNDAMENTA EN LOS HALLAZGOS AL EXAMEN FISICO Y A LA INFORMACION SUMINISTRADA POR EL PACIENTE LA CUAL REFEIRE QUE ES VERAZ Y ADEMAS QUE NO OMITE INFORMACION RELEVANTE PARA LA EVALUACION MEDICA
RESOLUCIÓN 4272 DEL 2021 POR LA CUAL SE ESTABLECE EL REGLAMENTO DE SEGURIDAD PARA PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS EN TRABAJO EN ALTURAS.

CAPACITACIÓN EN RIESGOS LABORALES
PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA EMPRESA
CAPACITACION Y USO ADECUADO DE EPP PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS
CUMPLIR CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO TENIENDO EN CUENTA EL CARGO
GIMNASIA LABORAL, PAUSAS ACTIVAS DIARIAS (VISUALES, AUDITIVAS Y GENERALES)
AUTOCUIDADO, SEGURIDAD PROACTIVA, EDUCACION EN HIGIENE POSTURAL, HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, USO DE CALZADO ADECUADO SEGÚN EL CARGO
ASISTENCIA A PROGRAMAS DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN SALUD DE LA EPS
USO DE ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD, PROTOCOLO DE LAVADO DE MANOS CADA 3 HORAS

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: RUIZ JIMENEZ DANIEL HUMBERTO

R. M.: 5030109 **L.S.O.:** 0015977

Código de Seguridad
I882O1U32722

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: FLOREZ SANTOS JUVIER JOSE

CC: 92536919

