SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL SYSO IPS SAS
NIT. 901.245.679-0
Calle 59 No. 35 A-43 Barrio Nicolás de Federmán - Bogotá D.C.
Cels. 317 4511137 - 320 2301826
E-mails: a.burgos@sysoips.com - m.castiblanco@sysoips.com
www.sysoips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 4.013

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
25 DÍA	01 MES	2023 AÑO	CHIQUINQUIRÁ (BOYACÁ, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MÉDICO LABORAL DE PREINGRESO CON ÉNFASIS 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)

CASALLAS CORTES CARLOS ANDRES	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	35 AÑOS 2 MESES 0 DÍAS	CC	1053327874
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
ABOGADO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *APTO PARA EL CARGO CON RECOMENDACIONES.*

APTO	PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE CONDUCCIÓN

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

AUDIOMETRÍA	✓	BATERÍA PSICOSENSOMÉTRICA	✓
OPTOMETRÍA	✓	GLICEMIA BASAL	✓
EXAMEN MÉDICO LABORAL DE PREINGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	CUADRO HEMÁTICO	✓
ÉNFASIS CARDIOVASCULAR	✓	PERFIL LIPÍDICO	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP : AMBIENTE LABORAL.	DEJAR DE FUMAR : EVITAR LA NICOTINA Y LOS HUMOS.
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HÁBITOS SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : VALORACIÓN POR MEDICINA GENERAL EPS PARA CONTROL Y TRATAMIENTO MÉDICO A PATOLOGÍAS DE ORIGEN COMÚN. VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA EPS.	SVE OSTEOMUSCULAR	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	CAPACITACIÓN : HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE E HIGIENE VISUAL.	CONTROL DE PESO
	OTROS : REALIZAR PAUSAS ACTIVAS ANTE PERIODOS LARGOS DE EXPOSICIÓN AL RUIDO CON EL FIN DE FAVORECER EL REPOSO AUDITIVO.	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DEJAR Y/O REDUCIR BEBIDAS ALCOHOLICAS
		NO FUMAR
		DIETA BALANCEADA : DIETA HIPOGLÚCIDA, DIETA HIPOCALÓRICA, DIETA HIPOGRASA, DIETA HIPOSÓDICA.

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RIESGO CARDIOVASCULAR BAJO DE EVENTO CORONARIO A 10 AÑOS SEGÚN ESCALA DE FRAMINGHAM.
FOMENTAR HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.
AUTOCUIDADO PERSONAL.
ERGONOMÍA PUESTO DE TRABAJO.
EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO MUSCULAR.
USO EPP AUDITIVO POR EXPOSICIÓN A RUIDOS FUERA DEL LÍMITE PERMISIBLE.
SEGUIMIENTO PREVENTIVO POR EL ÁREA ENCARGADA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA ENTIDAD CONTRATANTE A PATOLOGÍAS DE ORIGEN COMÚN REPORTADAS.
LAVADO DE MANOS FRECUENTEMENTE, USO OBLIGATORIO DE TAPABOCAS, DISTANCIAMIENTO FÍSICO, DEMÁS RECOMENDACIONES PREVENCIÓN COVID-19. NIEGA TENER SINTOMATOLOGÍA PARA COVID-19 AL MOMENTO DEL EXAMEN, NIEGA PATOLOGÍAS O COMORBILIDADES 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: LANCHEROS DURÁN LIBIA MARIELA

R. M.: 1309/2004 **L.S.O.:** 25-1463/2017

Código de Seguridad
B1116H1N4013

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: CASALLAS CORTES CARLOS ANDRES

CC: 1053327874