569402 77460

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

CEMEDICA S.A.S

1



EMEDICA
Central de Servicios Médicos Cajicá S.A.S.
Dirección: Calle 4 # 3 A - 05
PBX: 8660839 - 8830139 - 8661022 - 8837330 – 3103430937
E mail: csmcajica@cemedica.com.co – csmcajica@hotmail.com
www.cemedica.com.co
Tu Salud y Bienestar en Manos Expertas

NIT 8320054448
Dirección CL 4 NO. 3A-05
Telefono 8660839/8830139
eMail

Paciente: FREDY ALEXANDER ZUÑIGA RODRIGUEZ **Género** MASCULINO
Identificación CC 2968840 **Fecha de Nacimiento** 17/09/1977 **Edad Actual** 46 A
Direcciòn VDA CHUNTAME SECTOR SANTA INES **Telefono** 3216337516
Aseguradora PRECONAL-COL 2 **Fecha Ingreso** 08/11/23 14:21

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

Fecha del Examen	Ciudad	Tipo de Examen	Otro
08/11/2023	CAJICA - CUNDINAMARCA	Pre-Ingreso	

Razon social de la empresa que lo contrato o contratara: PRECONAL-COL 2

Razon social de la empresa en que laborá, laborará o laboró: PRECONAL-COL 2

Cargo: CONDUCTOR

Area o Sede: TRANSPORTE DE CARGA

Examen Medico Ocupacional con énfasis en:

Dermatologico		X	Osteomuscular	Riesgo vascular	
Manipulador de alimentos		Alturas		Otro? Cual?	

CONCEPTO DE APTITUD (No aplica para examen de egreso)

	Apto sin restricciones para el cargo		Apto para trabajo en alturas	Aplazado	
X	Apto con recomendaciones para el cargo		Apto para trabajo en espacios confinado	Motivo de Aplazamiento	
	Apto con limitación o restricción que si interfiere para el cargo		Apto para manipular alimentos		

CONDUCTA Y OTRAS RECOMENDACIONES

*PARA EL PERFIL DEL CARGO SE RECOMIENDAN EXAMENES COMPLEMENTARIOS

-ALTERACION ARTICULAR ACTUALMENTE ASINTOMATICA, SE RECOMIENDA AUMENTO DE ACTIVIDAD FISICA, ADOPTAR BUENAS POSTURAS, EVITAR POSTURAS ESTATICAS, FORZADAS Y PROLONGADAS, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CON EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO Y FORTALECIMIENTO.CONTINUARR MANEJO Y CONTROL POR EPS

* ALTERACIÒN DE LA AGUDEZA VISUAL ,REQUIERE USO PERMANENTE DE CORRECCION OPTICA DURANTE JORNADA LABORAL , CONTROL ANUAL CON OPTOMETRIA* AUMENTO DE PESO CORPORAL QUE NO INTERFIERE CON SU LABOR, SE RECOMIENDA DIETA Y EJERCICIO,REALIZAR EJERCICIO CARDIOVASCULAR

REQUISITOS DE SALUD

Cumple con los requisitos de salud para trabajo en alturas	SI	NO	Aplazado	No aplica	X
Cumple con los requisitos de salud para manipular alimentos:	SI	NO	Aplazado	No aplica	X
Cumple con los requisitos de salud para realizar trabajos especiales	**SI**	**NO**	**Aplazado**	**No aplica**	**X**
Cual:					
Concepto de aptitud apoyado en profesiograma o perfil para el cargo:	SI X	NO			

569402 77460

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

CEMEDICA S.A.S



EMEDICA
Central de Servicios Médicos Cajicá S.A.S.
Dirección: Calle 4 # 3 A - 05
PBX: 8660839 - 8830139 - 8661022 - 8837330 – 3103430937
E mail: csmcajica@cemedica.com.co – csmcajica@hotmail.com
www.cemedica.com.co
Tu Salud y Bienestar en Manos Expertas

NIT 8320054448
Dirección CL 4 NO. 3A-05
Telefono 8660839/8830139
eMail

El concepto de aptitud se definío a partir de los siguientes exámenes practicados:

X	Examen Médico		Examen Radiologico
X	Audiometría		¿Cuál(es)?
X	Espirometría		
X	Optometría		
	Electrocardiograma		
	Exámen Psicosensometrico		Exámenes de Laboratorio
	Otro?Cual?		¿Cuál(es)?

CONDUCTA

NA	Remisión a EPS para estudio y/o tratamiento de patolgía diagnóstica
NA	Continuar manejo actual y control por EPS
NA	Valoración por medicina del trabajo y/o Salud Ocupacional EPS
NA	Remisión a ARL por estudio y/o tratamiento
NA	Asistir a programas de promoción y prevención EPS
NA	Se prescribe tratamiento y/o solicitan paraclínicos

*NA = No Aplica

Amplie su conducta

EXAMEN NO VALIDO PARA TRABAJO EN ALTURAS

RECOMENDACIONES

X	Exámen Ocupacional Anual	X	Higiene postural	X	Uso de elementos de proteccion personal	X	Pausas Activas
	Reingreso laboral		Reubicación		Rehabilitación profesional		
	Otro? Cual?						

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mí el examen médico y/o paraclínicos ocupacional(les), registrado(s) en este documento El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es).
He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación,las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es),a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(as) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es).
Fui informado de las medidas que tomará CEMEDICA para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibí copia de la valoración médica ocupacional. Las respuestas dadas por mi en este(os) examen(es) están completas y son verídicas. CEMEDICA para que suministre a las personas o entidades completadas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST y para las situaciones complementadas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido complementados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento. (Resolución 1016 de marzo 31 de 1989 - Resolución 2346 de Julio 2007 parágrafo del Articulo 10 - Minprotección)

MARITZA MANRIQUEZ CAMACHO
RM 655767 LIC. OCUPACIONAL. 1983-07-10-2022
ESP. EN LA GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

MEDICO

Firma

MARITZA DEL CARMEN MANRIQUEZ

Registro Médico
655767

Licencia salud ocupacional
1983-07-10-2022

Firma ASPIRANTE O TRABAJADOR

FREDY ALEXANDER ZUÑIGA RODRIGUEZ

Documento de identidad
CC 2968840

FIN DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL