DARILAB S.A.S IPS
Nit. 900635772 - 8
Dirección: CALLE 3 No 12-76 CENTRO
Tel: 3103291099

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

INGRESO

Tipo certificación: Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Post incapacidad ( ) Caso ocupacional ( )
Control ( ) Reubicación ( ) Ingreso al SVE ( ) Trabajo en alturas ( )

DATOS DEL PACIENTE



Fecha **30/08/2023 09:55:00**

Empresa **PARTICULAR**

Doc. Identidad **CC 1115915386** Nombre **JHON JAIRO CONTRERAS SOLANO**

Cargo **TECNICO EN ARCHIVO**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

EXAMEN POR MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR

CONCEPTO

Cumple con las condiciones requeridas para el cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

-USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN PERFIL DEL CARGO
-CAPACITACIÓN EN HIGIENE POSTURAL DE COLUMNA
-CAPACITACIÓN EN MANEJO DE CARGAS
-PAUSAS ACTIVAS.
-ACONDICIONAMIENTO FÍSICO PREVIO A ESFUERZO FÍSICO O ACTIVIDAD LABORAL
-DIETA HIPOGRASA E HIPOCALORICA-BAJA EN CARBOHIDRATOS.
-EJERCICIO FÍSICO REGULAR MÍNIMO 120 MINUTOS SEMANALES

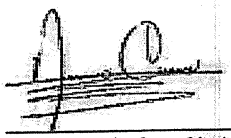
RESTRICCIONES LABORALES

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

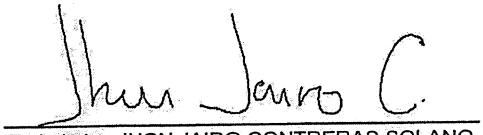
Visual (X) Auditivo ( ) Respiratorio ( ) Cardiovascular ( ) Psicosocial ( ) Ergonómico (X) Otros (X)

REMISIÓN	SI ( )	NO (X)	ARL	SI ( )	NO ( )	EPS	SI ( )	NO ( )

Autorizo al Doctor(a) abajo mencionado, a realizar el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es) explicándome de forma clara y concisa la naturaleza y propósito de los mismos, entendiendo los beneficios, limitaciones y riesgos de los exámenes, declaro que fui informado de los procedimientos y resultados por lo tanto Autorice plenamente la realización de los mismos, se me garantiza la confidencialidad en el manejo de mi información.



Dr. Julio Cesar Montenegro Algarin
Med. Esp. en salud Ocupacional
RM:3743044/2018
LSO: 4948/2021



Trabajador: JHON JAIRO CONTRERAS SOLANO
CC: 1115915386
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

Salud Ocupacional
Los Andes

Certificado Médico Ocupacional

Código Prestador: 110010653703
NIT: 830029102
Dirección: CARRERA 62 N. 12-58 BODEGA 1,2,3,4 Y 5
Telefono: 4320260
Correo Electrónico: conceptos@soandes.co

SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero 2017

INFORMACIÓN GENERAL

Ciudad:	BOGOTA	**Fecha y hora de ingreso:**	2024-11-25 08:45
No. Ingreso:	469379	**Fecha y hora de salida:**	2024-11-25 09:04
Nombre:	DAMELIS NATALIA DAZA DIAZ	**Empresa Convenio:**	Particular
Cargo:	GESTOR DE EXPERIENCIAS	**Empresa Contratante:**	Particular
CC:	1006532149	**Tipo de Examen:**	Pre Ingreso
Sede:	Zona Industrial	**Empresa en misión:**	Particular



El presente CONCEPTO DE APTITUD LABORAL se definió a partir de la evaluación médica ocupacional y/o los siguientes exámenes practicados:

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Paraclínicos	**Resultado**
Consulta De Primera Vez Por Especialista En Medicina Del Trabajo - Pre Ingreso	Realizado

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Apto para desempeñar el cargo

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL REALIZADA CON ENFASIS ESPECÍFICO EN

Osteomuscular: Realizado

CONCLUSIÓN OCUPACIONAL

De acuerdo al examen médico realizado a la fecha:
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL REALIZADO.

RECOMENDACIONES MÉDICAS

NINGUNA

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

- Osteomuscular - pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.
- Uso de elementos de protección personal de acuerdo al cargo.
- General - adherir integralmente a las recomendaciones y lineamientos específicos emitidos por el ministerio de salud.

RECOMENDACIONES DE HABITOS SALUDABLES

- Actividad física regular de 150 minutos semanales, repartidos en 3 sesiones a la semana.

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

PAUSAS ACTIVAS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, ADECUADA POSTURA, HACER EJERCICIO 3 A 5 VECES A LA SEMANA.

RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES ESPECÍFICAS

NINGUNA

OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS EMPRESA

INCLUIR EN PROGRAMAS DE VIGILANCIA DE ACUERDO A LOS RIESGOS LABORALES PRIORITARIOS PARA EL CARGO DEFINIDOS EN LA MATRIZ DE RIESGOS DE LA EMPRESA.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS AL TRABAJADOR

- Continuar o adoptar hábitos y estilos de vida saludable.

EL MÉDICO EVALUADOR CERTIFICA QUE COMUNICÓ AL ASPIRANTE Y/O TRABAJADOR INSCRITO LAS RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES ANOTADAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO Y VERIFICÓ QUE EL MISMO ENTIENDE Y ACEPTA LAS MISMAS

Profesional: LEIDY YAZMIN MUÑOZ MELLIZO
Identificación: CC 1018405130
Reg. Médico: 1018405130
Licencia Ocupacional: 12198 10 SEP 2021

CERTIFICO QUE EN MI CALIDAD DE ASPIRANTE Y/O TRABAJADOR HE RECIBIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI CONDICIÓN ACTUAL DE SALUD BASADO EN LA EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL QUE ME FUE PRACTICADA A LA FECHA, ASÍ MISMO DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO AL MEDICO EVALUADOR ES VERIDICA Y PUEDE SER CONFIRMADA. ENTIENDO Y ACEPTO EL PRESENTE CONCEPTO

Paciente: DAMELIS NATALIA DAZA DIAZ
CC: 1006532149