salud ocupacional de la sabana

SALUD OCUPACIONAL DE LA SABANA S.A.S.
Licencia Renovada en Seguridad y Salud en el Trabajo
Resolucion 25-0176 del 12/03/2019 - NIT 900256906-1
Dirección: Transversal 2 # 5 - 72, Ubaté (Cundinamarca)
Tel: (1) 889 0601, (1) 855 2083 - **Cel:** 310 780 2394
www.saludocupacionaldelasabana.com
correo: info@sodelosabana.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 28.129

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACION DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL
04 DIA	02 MES	2023 AÑO	VILLA DE SAN DIEGO DE UBATE (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARA 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	
GOMEZ PERAZA JAIRO ALONSO	MASCULINO	46 AÑOS 1 MESES 24 DIAS	Tipo: CC	Numero: 79167785

Cargo: **ENCUESTADOR SISBEN**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON PATOLOGIAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)

Observaciones: *NO APLICA*

NO SE EVALUARON 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:

EVALUACION OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	GLICEMIA
OPTOMETRIA	PERFIL LIPIDICO

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
SE ENTREGA FORMATO DE REMISIÓN A EPS	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
USAR CORRECCION VISUAL PERMANENTES PARA VISION CERCANA Y LEJANA	SVE OSTEOMUSCULAR REVISION PERIODICA DE LOS SEGMENTOS DEL MIEMBRO SUPERIOR, DE SEGMENTOS DEL MIEMBRO INFERIOR Y DE COLUMNA LUMBAR	ACTIVIDAD FISICA AERÓBICA
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
VALORACION POR EPS: MEDICINA GENERAL	CAPACITACION SOBRE LOS RIESGOS DEL TRABAJO Y SU CONTROL (ENTRE OTROS TEMAS) OTROS: CALISTENIA ANTES Y DESPUES DE LA JORNADA LABORAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EL TRABAJADOR 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 PROTECCION SOCIAL ADEMAS SE REALIZA EL PROTOCOLO DE DESINFECCIÓN DEL PACIENTE DESDE SU INGRESO USO DE TAPABOCAS DESINFECCION 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 DESINFECCION DEL AREA 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 medico ocupacional y/o paraclinico(s) ocupacional(es) registrado(s) en este documento. Me han explicado la naturaleza y proposito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el proposito y los riesgos del examen medico. 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 legislacion 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 leido y comprendido perfectamente lo anterior y que me encuentro en capacidad de firmar mi consentimiento informado.

Médico		Aspirante o Trabajador	
Firma:	FULVER AMADO ZARATE MEDICO CIRUJANO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL	Firma:	
Nombre:	AMADO ZARATE FULVER	Nombre:	GOMEZ PERAZA JAIRO ALONSO

Software para el sector salud - www.biofile.com.co