SIO SALUD INTEGRAL SAS

Nit: 901.545.738-4
Dirección: Cra 49B No 91-91 Barrio la castellana
Correo electrónico: siosaludintegral@gmail.com
Telefono: 3123530163 - 6016755655



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 8.284

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
08 DÍA	10 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NINEZ ABANDONADA	FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NINEZ ABANDONADA

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	
CARMONA MEJIA JULIO CESAR	MASCULINO	43 AÑOS 9 MESES 21 DÍAS	Tipo: CC	Número: 75096496

Cargo
TRABAJADOR SOCIAL

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON RECOMENDACIONES MEDICAS

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

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 CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR PREINGRESO ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HABITOS SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : NUTRICION, ORTOPEDIA		FORTALECIMIENTO MUSCULAR : EN REGION LUMBAR
		CONTROL DE PESO
		DEJAR Y/O REDUCIR BEBIDAS ALCOHOLICAS
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

TRABAJADOR CON PATOLOGIA DE LA ROTULA S POR LO ANTERIOR SE RECOMIENDA EVITAR CAMINAR POR TERRENOS IRREGULARES O LISO, ASI MISMO EVITAR DEPORTES DE ALTO IMPACTO
TRABAJADOR CON IMC DE 28, SE RECOMIENDA PROCURAR DIETA EQUILIBRADA, RICA EN FRUTAS, VERDURAS, LEGUMBRES, CEREALES INTEGRALES Y GRASAS SALUDABLES, Y BAJA EN AZÚCARES, GRASAS SATURADAS Y SODIO. ES IMPORTANTE EVITAR EL CONSUMO EXCESIVO DE EMBUTIDOS, ALIMENTOS ULTRA PROCESADOS Y BEBIDAS AZUCARADAS.
REALIZAR AL MENOS 150 MINUTOS DE ACTIVIDAD FÍSICA MODERADA A LA SEMANA

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: jfchn

Nombre: CHAMARRAVI NIEVES JOSE FEDERICO

Aspirante o Trabajador

Firma: JJCC

Nombre: CARMONA MEJIA JULIO CESAR