Sanación a tu alcance S.A.S U.P.S

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

(Resolución Número 2346 De 2007 y Resolución Número 1918 De 2009)

DATOS GENERAL

Fecha Examen:	4/03/2025	Localidad:	Cali- Valle del Cauca
NIT:	NA		

INFORMACIÓN TRABAJADOR



Nombres:	CLAUDIA LILIANA	Apellidos:	GIRALDO SANABRIA		
Edad:	48 años	Tipo Identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número:	66.985.247
Género:	Femenino	Dirección:	SAN CARLOS CRA 32 B # 29-40	Teléfono:	3195309029
Cargo:	ADMINISTRATIVO			Admisión:	04.03.2025

1. TIPO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Ingreso:	Egreso:	Periódico:	Reintegro:	Post incapacidad:	Cambio de Ocupación:
X	-	-	-	-	-

2. FACTORES DE RIESGO OCUPACIONAL

Físico:	ILUMINACIÓN	Biomecánico:	SI, CARGA FISICA Y POSTURAL
Mecánico:	NO	Psicosocial:	SI , ESTRÉS CONDICIONES DE LA TAREA
Químico:	NO	Otros:	LOCATIVO – ORDEN Y ASEO EN EL PUESTO DE TRABAJO

3. CONCEPTO EXAMEN

3.1 CUMPLE CON LOS REQUISITOS DE SALUD PARA EL CARGO

SIN limitaciones o restricciones para el cargo:	SI	CON limitaciones o restricciones para el cargo:	-
Aplazado: -	Motivo de aplazamiento:		

3.2 REQUISITOS DE SALUD	SI	NO	APLAZADO	NO APLICA
Cumple con los requisitos de salud para el trabajo en alturas:	-	-	-	X
Cumple con los requisitos de salud para manipular alimentos:	-	-	-	X
Con hallazgos que no interfieren con el trabajo:	-	-	-	X

4. RESTRICCIONES

Temporal: - Permanente: -

NO TIENE RESTRICCIONES OSTEOMUSCULARES, CUMPLE CON LOS REQUISITOS DE SALUD PARA DESEMPEÑAR LA LABOR.
DERMATOLOGICO: SIN ALTERACIONES
RESPIRATORIO: SIN ALTERACIONES
IMC: 24 NORMAL

5. EXAMENES REALIZADO

Audiometría:	-		Espirometria:	-
Visiometria:	SI	VISIOMETRIA AV 20/20 BILATERAL SIN LENTES COLORIMETRIA Y PROFUNDIDAD ADECUADOS	Optometría:	-

Exámenes de laboratorio

Hemograma:	Colesterol:	Triglicéridos:	Frotis faríngeo:	KOH de uñas:	Coprológico:	Serología:
-	-	-	-	-	-	-

6. RECOMENDACIONES

SE RECOMIENDA REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA LABOR

SE RECOMIENDA SEGUIR EL PROTOCOLO DEL SISTEMA DE GESTION DEFINIDO POR LA EMPRESA.

7. REMISION

EPS	-
ARL	-

Dr. Carlos Murcia Lozano
Univ. Militar Nueva Granada
C.C. 79 784 039
RM 762917/99
Especialista Gerencia Salud Ocupacional

FIRMA MEDICO LABORAL – LICENCIA SO RESOL. 1129/2023

Carlos Alberto Murcia Lozano | Médico Salud Ocupacional.

FIRMA ASPIRANTE O TRABAJADOR

***CC:* 66.985.247**

HUELLA

***Declaración del trabajador**: Autorizo al(a la) Doctor(a) arriba mencionado(a), a realizar en mí el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado(s) en éste documento. El (la) Doctor(a) arriba 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 ésta(s) 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 Salud Ocupacional Sanación a tu Alcance S.A.S para proteger la confidencialidad de*