SYSO IPS S.A.S
Seguridad y Salud Ocupacional

SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL SYSO IPS SAS
NIT. 901.245.679-0
Calle 59 No. 35 A-43 Barrio Nicolás de Federmán - Bogotá D.C.
Cels. 317 4511137 - 320 2301826
E-mails: a.burgos@sysoips.com - m.castiblanco@sysoips.com
www.sysoips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 10.483

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
20 DÍA	03 MES	2025 AÑO	CHIQUINQUIRÁ (BOYACÁ, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO LABORAL DE PREINGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
INDEPORTES BOYACÁ	INDEPORTES BOYACÁ

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	
MEDINA MARTINEZ EDSON RAMIRO	MASCULINO	28 AÑOS 0 MESES 24 DÍAS	CC (Tipo)	1049649343 (Número)

PROMOTOR DE DEPORTE PROVINCIAL

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CON RECOMENDACIONES PARA EL CARGO ASIGNADO.

Observaciones: .

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:

EXAMEN MÉDICO LABORAL DE PREINGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : POR SU EPS.	USO DE EPP : AMBIENTE LABORAL.	HÁBITOS SALUDABLES : CONSUMIR FRUTAS, VERDURAS, FIBRA, PROTEÍNA, AGUA, HIGIENE DEL SUEÑO 8 HORAS, HIGIENE POSTURAL. FORTALECIMIENTO MUSCULAR
VALORACIÓN POR EPS : VALORACIÓN PRIORITARIA POR MEDICINA GENERAL EPS PARA CONTROL Y TRATAMIENTO MÉDICO A PATOLOGÍAS DE ORIGEN COMÚN, VALORACIÓN POR NUTRICIÓN Y DIETÉTICA EPS.	SVE CARDIOVASCULAR	
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS DURANTE LA JORNADA LABORAL.	CONTROL DE PESO : BAJAR DE PESO.
	SVE OSTEOMUSCULAR	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA : MÍNIMO 3 VECES POR SEMANA.
	CAPACITACIÓN : HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.	HACER DEPORTE
		DEJAR Y/O REDUCIR BEBIDAS ALCOHOLICAS : CONSUMO OCASIONAL.
		DIETA BALANCEADA : DIETA HIPOGLÚCIDA, DIETA HIPOCALÓRICA, DIETA HIPOSÓDICA.

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

APTO PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE PROMOTOR PROVINCIAL ÚNICAMENTE SIGUIENDO RECOMENDACIONES MÉDICAS ESTRICTAS
FOMENTAR HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.
AUTOCUIDADO PERSONAL.
ERGONOMÍA PUESTO DE TRABAJO.
EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO MUSCULAR.
CONTROLES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN POR EPS.
SEGUIMIENTO PREVENTIVO POR EL ÁREA ENCARGADA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA ENTIDAD CONTRATANTE A PATOLOGÍAS DE ORIGEN COMÚN REPORTADAS.
LAVADO DE MANOS FRECUENTEMENTE, USO OBLIGATORIO DE TAPABOCAS, DISTANCIAMIENTO FÍSICO, DEMÁS RECOMENDACIONES PREVENCIÓN COVID-19. NIEGA TENER SINTOMATOLOGÍA PARA COVID-19 AL MOMENTO DEL EXAMEN, NIEGA PATOLOGÍAS O COMORBILIDADES PARA COVID-19.

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:

Nombre: LANCHEROS DURÁN LIBIA MARIELA

R. M.: 1309/2004 **L.S.O.:** 25-1463/2017

Código de Seguridad F1116L1R10483

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: MEDINA MARTINEZ EDSON RAMIRO

CC: 1049649343