

Ciudad: POPAYAN

Fecha: 18.11.2025

Tipo examen: INGRESO Enfasis: NO

Nombres y Apellidos: Luis Fernando Sinisterra V.

CC: 1059445550 Género: F M

Edad 37 años

Empresa: Superintendencia de notariado y registro
gestión documental

Profesión: Técnico en Salud Ocupacional Cargo actual: Auxiliar

Tipo de contratación: DEPENDIENTE CONTRATISTA

Desarrolla(rá) trabajos de Alto Riesgo NO SI → Cual? Alturas Esp. Confinado s Energías Peligrosas Otros: biomecánicos

RESULTADO EXAMENES PRACTICADOS:

❖ Énfasis realizados:	Ninguno <input type="checkbox"/>	Normal <input checked="" type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>
❖ Exámenes Paraclínicos:	Ninguno <input type="checkbox"/>	Normal <input checked="" type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>
❖ Exámenes Complementarios:	Ninguno <input type="checkbox"/>	Normal <input checked="" type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>

RESULTADO DE LA VALORACION MÉDICA

- ADECUADO PARA EL CARGO: SIN PATOLOGIA APARENTE
 ADECUADO PARA EL CARGO: CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR
 ADECUADO PARA EL CARGO: CON RESTRICCIONES
 APLAZADO
 NO ADECUADO PARA EL CARGO BAJO LAS CONDICIONES CLINICAS ACTUALES

RESTRICCIONES EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

- Ninguna
- | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Visual: NO | <input type="checkbox"/> Respiratoria: NO |
| <input type="checkbox"/> Auditiva: NO | <input type="checkbox"/> Osteomuscular: NO |
| | <input checked="" type="checkbox"/> Otros: NO |

RECOMENDACIONES

- | | | |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ninguna | | |
| Médicas: | Estilos de vida saludable: | Ocupacionales: |
| <input type="checkbox"/> Remisión a EPS | <input checked="" type="checkbox"/> Realizar actividad física | <input checked="" type="checkbox"/> Ingreso a SVE: cardiovascular |
| <input type="checkbox"/> Continuar manejo médico | <input checked="" type="checkbox"/> Dieta para Control de Peso | <input checked="" type="checkbox"/> Uso continuo de EPP's durante exposición |
| <input type="checkbox"/> Protocolos Covid-19 | <input checked="" type="checkbox"/> Prevención consumo Alcohol | <input checked="" type="checkbox"/> Postura ergonómica |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> Prevención de Tabaquismo | <input checked="" type="checkbox"/> Pausas activas |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> Otros: No drogas | <input checked="" type="checkbox"/> Otros: capacitacion en SGSST |

OBSERVACIONES GENERALES

Niega covid-19 positivo o síntomas sugestivos de COVID 19 en las últimas 2 semanas.

Condiciones médico-ocupacionales evidenciaron la presencia de condiciones clínicas de origen común no asociadas a restricciones de orden físico o mental para el cargo a ocupar. No indicios de patología de origen laboral. Se le imparten recomendaciones generales y específicas.

Se conceptúa como Apto para el cargo. sin restricciones, con recomendaciones específicas.

-



Dr. Javier Gutiérrez Balcazar
Médico Especialista en Salud Ocupacional
Licencia 03069 - 16
R.M. 6860 - 89

MEDICO ESPECIALISTA SST
Reg. Médico/ Lic. SO



FIRMA USUARIO
C.C. 1.059.445.550

En pleno uso de mis facultades mentales y sin limitaciones o impedimentos de carácter médico o legal, con mi firma certifico que los datos suministrados al médico son fidedignos y que no he ocultado ninguna información requerida por él mismo relacionada con mi estado actual de salud. Dejo constancia de haber sido informado por el médico de mi condición de salud al momento del presente examen médico ocupacional. Autorizo a SY SO IPS Centro de Rehabilitación Integral, en los términos de la Ley 1581 de 2012, al tratamiento de la información que se tenga o capture en sus bases de datos, sobre mi historia clínica ocupacional. Igualmente, para que envíe una copia de mi historia clínica ocupacional al médico o laborante del departamento de salud ocupacional de la empresa a que me contrata o a la entidad competente que requiera información contenida en estos documentos privados para la realización de cualquier tipo de evaluación médica para seguimiento, análisis, determinación de origen o calificación de la pérdida de capacidad laboral (PCL), si es el caso.