CENTRO OCUPACIONAL INTEGRAL BUGA S.A.S
NIT: 900448249-5
Dir: Carrera 17 # 3 - 39, Buga, Valle del Cauca
Correo: centrooccupacionalintegralbuga@gmail.com
Cel: 304 340 0478 - 304 360 7047



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 52.961

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
13 DÍA	11 MES	2025 AÑO	GUADALAJARA DE BUGA (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULAR	PARTICULAR

CIIU (Actividad Económica) del empleador: SIN REGISTRAR

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	Género	Edad	Documento de Identificación	
MONDRAGON CIFUENTES JUAN CARLOS	MASCULINO	57 AÑOS 4 MESES 1 DÍAS	CC (Tipo)	14891274 (Número)

Cargo: INDEPENDIENTE

EPS	AFP	ARL
SOS	COLPENSIONES	COLMENA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCION PARA EL CARGO A DESEMPEÑAR

Observaciones: *RECOMENDACIONES ANOTADAS*

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:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : ANTECEDENTES DE HIPERTENSIÓN	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

PACIENTE MASCULINO DE 57 AÑOS DE EDAD POR OBESIDAD ADOPTAR Y FOMENTAR HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES (E VOLUNTARIO), ENTRE ELLOS:
-(1) PRACTICAR UN DEPORTE O REALIZAR EJERCICIOS FÍSICOS AL AIRE LIBRE DIARIAMENTE (CAMINAR Y REALIZAR FLEX EXTENSIÓNGENERAL), ADEMÁS SE RECOMIENDA,
-(2) DIETA BAJA EN GRASAS, HARINAS Y SAL, EVITANDO O DISMINUYENDO EL CONSUMO DE ARROZ, TODO TIPO DE PRODUCTOS (COMIDAS Y/O BEBIDAS) QUE CONTENGAN AZÚCAR, PANELA, MIEL Y LA COMIDA CHATARRA.
-(3) DISMINUIR LA PORCIÓN (CANTIDAD) DE ALIMENTOS A CONSUMIR EN CADA RACIÓN DIARIA.
-(4) BAJAR DE PESO .
USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN DE ACORDE A LOS FACTORES DE RIESGOS EXPUESTO, EDUCACIÓN EN HIGIENE POSTURAL MEDIDAS DE ERGONOMIA, PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS SIN DÉFICI NEUROLÓGICOS, BUENA RESPIRACIÓN, NIEGA DOLOR ARTICULAR O LIMITACION FISICA, NIEGA SÍNTOMA GRIPAL O FIEBRE EN LOS ÚLTIMOS 1 DIAS, CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD 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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Dra. Laura Anaya N. Médico General Salud Ocupacional

Firma:

Nombre: C.C. 1.022.857.391 - LAURA DANIELA ANAYA

R. M.: 137420-04 L.S.O.: 0420

Código de Seguridad L416R1X52961

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: MONDRAGON CIFUENTES JUAN CARLOS

CC: 14891274

Scanned with CamScanner