Integridad Laboral S.A.S.	CÓDIGO: IL-FR-01
	VERSIÓN: 1
	www.integridadlaboral.com
	Página: 1/1

Ciudad: CHINCHINá	**Fecha:** 01/12/2025
Empresa: PARTICULAR	**Cargo:** MéDICO
Nombre completo: ARMANDO GUTIERREZ DURAN	**Fecha de nacimiento:** 07-09-1994
Tipo de Documento: CéDULA DE CIUDADANíA	**Número de identificación:** 1054995403
Dirección: CHINCHINA	**Edad:** 31 años
EPS: NUEVA EPS	**Teléfono:** -
ARL: ARL SURA	**Sexo:** HOMBRE
Tipo de Examen: INGRESO	



EXÁMENES REALIZADOS

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
ÉNFASIS: OSTEOMUSCULAR

CONCEPTO MÉDICO

APTO PARA LABORAR: SI

RECOMENDACIONES MÉDICAS

EJERCICIO, MEJORAR HÁBITOS ALIMENTICIOS, OPTOMETRÍA ANUAL, ESTIRAMIENTO DIARIO, PAUSAS ACTIVAS, USO ADECUADO DE EPP, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES, HIGIENE POSTURAL, ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN, PREVENCION PARA EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOSACTIVAS (SPA), REALIZAR TAMIZAJE PROSTATICO, EVITAR LA PROPAGACIÓN DE COVID-19.

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (P.V.E.)

ERGONÓMICO, BIOLÓGICO, DESORDENES MUSCULO ESQUELETICOS - USO DE EPP SEGÚN LABORES DEL CARGO, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, SI PRESENTA INCIDENTE O ACCIDENTE DENTRO DE LAS INSTALACIONES DE LA EMPRESA REPORTAR DE INMEDIATO AL AREA DE SST.

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

ACATAR PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO SEGURO PARA EVITAR ACCIDENTES O ENFERMEDADES LABORALES, BUSCAR ERGONOMÍA EN SU PUESTO DE TRAJABO, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, MANTENER ORDEN Y ASEO EN SU PUESTO DE TRABAJO, AVISAR CUALQUIER INCIDENTE O EVENTO PARA LA SALUD QUE LE SUCEDA INMEDIATAMENTE POR PEQUEÑO QUE PAREZCA, CONOCER LOS RIESGOS Y PELIGROS EN EL DESARROLLO DE SU LABOR, SI REALIZA TAREAS DE ALTO RIESGO VERIFICAR SIEMPRE EL ESTADO DE SUS HERRAMIENTAS, EQUIPOS Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL ANTES DE INICIAR Y DAR AVISO DE LAS CONDICIONES PELIGROSAS..

RESTRICCIONES

SIN RESTRICCIONES MEDICAS OCUPACIONALES
EXAMEN DE INGRESO SATISFACTORIO

SE RECOMIENDA:
1. CAPACITAR EN LA PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS PROPIOS DEL OFICIO A REALIZAR
2. SUMINISTRAR, CAPACITAR, Y ENTRENAR EN EL ADECUADO USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN
3. UTILIZAR UNA ADECUADA HIGIENE POSTURAL Y MECÁNICA CORPORAL PARA LA MOVILIZACIÓN DE CARGAS
4. UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ESPECÍFICA Y LIMITAR EL MÍNIMO NECESARIO EL TIEMPO DE EXPOSICIÓN CON SUSTANCIAS IRRITANTES
5. VERIFICAR QUE LAS ACTIVIDADES Y TAREAS A REALIZAR NO EXCEDAN LAS CAPACIDADES FÍSICAS DEL TRABAJADOR
6. ESTIRAMIENTO DIARIO ANTES Y DESPUES DE REALIZAR LA JORNADA LABORAL
7. PAUSAS ACTIVAS MINIMO DOS VECES DURANTE LA JORNADA LABORAL

Consentimiento informado del aspirante o trabajador: Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a) a realizar en mi el examen y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado en este documento. El(la) doctor(a) abajo mencionado (a) me ha explicado la naturaleza y el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgo del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la respectiva asesoría brindada antes de la respectiva toma de pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) exámenes. fui informado(a) de las medidas que tomará Integridad Laboral S.A.S. para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibí copia de la valoración médica de salud ocupacional. Las respuestas dada por mi en este(os) son verídicos y son completos. Autorizo a Integridad Laboral S.A.S. para que suministre a mi empresa y/o a las entidades contempladas en la legislación vigente la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación.

FIRMA MÉDICO
LS: 72316 RM: 16349

FIRMA PACIENTE
CéDULA DE CIUDADANíA: 1054995403