



CLÍNICA LABORAL SAGUIL S.A.S.

Licencia de Salud Ocupacional Res. 25-0442 del 20/05/2019

Calle 8 # 8-103 Ubaté - Cundinamarca
Tel. 855 2613 - Cel. 313 453 5980
info@clnicasaguil.com

Calle 6 # 4 - 80 oficina 302 Samacá – Boyacá
Cel. 3227186701
infosamaca@clnicasaguil.com

www.clinicasaguil.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 52,235

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
07 DÍA	02 MES	2025 AÑO	VILLA DE SAN DIEGO DE UBATE (CUNDINAMARCA, COLOMBIA)	
			Ciudad	
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE				
INDEPENDIENTES			INDEPENDIENTES	
Nombre de la empresa			Empresa en misión	
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)				
BOLAÑO RINCON SERGIO STYVEN			Genero	Edad
Apellidos y Nombres			MASCULINO	29 AÑOS 5 MESES 8 DÍAS
Carga			Documento de Identificación	
COORDINADOR			CC	1076663136
			Tipo	Número
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL				
APTO: SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA				
Observaciones: NO APLICA				
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:				
AUDIOMETRIA			OPTOMETRIA (CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OPTOMETRIA)	
EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR(CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL)			-----	
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL		USO DE EPP		HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		CONTROL DE PESO
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO				ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
				DIETA BALANCEADA
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES				
HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA- REALIZAR EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO MUSCULAR (PAUSAS ACTIVAS)- REALIZAR EXÁMENES OCUPACIONALES PERIÓDICAMENTE- BAJAR DE PESO CON DIETA BAJA EN CALORÍAS (GRASAS, HARINAS Y AZÚCARES), REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA PERIÓDICAMENTE- CONTROL OPTOMETRIA PARA FORMULACIÓN DE LENTES DE CORRECCIÓN VISUAL POR PRESENTA VIS. IÓN DISMINUIDA NO CORREGIDA				
BIOSEGURIDAD : ATENCIÓN BRINDADA AL USUARIO CUMPLE CON LOS LINEAMIENTOS DE BIOSEGURIDAD DADOS POR EL MINISTERIO DE SALUD EN CUANTO A USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, LAVADO DE MANOS Y MEDIDAS DE HIGIENE EN GENERAL.				
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.				