595862 533

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

CEMEDICA S.A.S

1



CEMEDICA
Central de Servicios Médicos Cajicá S.A.S.

NIT 8320054448
Dirección CL 4 NO. 3A-05
Telefono 8660839/8830139
eMail

Paciente: SAUL ORLANDO LEON CAGUA **Género** MASCULINO
Identificación CC 11276759 **Fecha de Nacimiento** 24/05/1985 **Edad Actual** 39 A
Dirección CRA 6 E N° 1 A 60 CAJICA **Telefono** 3022600926
Aseguradora PARTICULAR 1 **Fecha Ingreso** 01/04/24 12:09

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

Fecha del Examen	Ciudad	Tipo de Examen	Otro
01/04/2024	CAJICA - CUNDINAMARCA	Pre-Ingreso	

Razon social de la empresa que lo contrato o contratara: PARTICULAR 1

Razon social de la empresa en que laborá, laborará o laboró: GOBERNACIÒN DE CUNDINAMARCA

Cargo: ASESOR

Area o Sede: OPERATIVA

Examen Medico Ocupacional con énfasis en:

Dermatologico	X Osteomuscular	Riesgo vascular
Manipulador de alimentos	Alturas	Otro? Cual?

CONCEPTO DE APTITUD (No aplica para examen de egreso)

Apto sin restricciones para el cargo	Apto para trabajo en alturas	Aplazado
X Apto con recomendaciones para el cargo	Apto para trabajo en espacios confinado	Motivo de Aplazamiento
Apto con limitación o restricción que si interfiere para el cargo	Apto para manipular alimentos	

CONDUCTA Y OTRAS RECOMENDACIONES

*ALTERACIÓN VISUAL, USA CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE. NO LIMITA SU ACTIVIDAD LABORAL.CONTROL ANUAL POR OPTOMETRÍA CON SU EPS

*ALTERACIÒN OSTEOMUSCULAR EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO QUE NO LIMITA SU ACTIVIDAD LABORAL

REQUISITOS DE SALUD

Cumple con los requisitos de salud para trabajo en alturas	SI	NO	Aplazado	No aplica	X
Cumple con los requisitos de salud para manipular alimentos:	SI	NO	Aplazado	No aplica	X
Cumple con los requisitos de salud para realizar trabajos especiales	**SI**	**NO**	**Aplazado**	**No aplica**	**X**
Cual:					
Concepto de aptitud apoyado en profesiograma o perfil para el cargo:	SI	NO X			

El concepto de aptitud se definío a partir de los siguientes exámenes practicados:

- X Examen Médico
- Audiometría
- Espirometría
- X Optometría
- Electrocardiograma
- Exámen Psicosensometrico
- Otro?Cual?
- Examen Radiologico
- ¿Cuál(es)?
- X Exámenes de Laboratorio
- ¿Cuál(es)?
  PERFIL LIPÌDICO,GLICEMIA

CONDUCTA

- NA Remisión a EPS para estudio y/o tratamiento de patolgía diagnóstica
- NA Continuar manejo actual y control por EPS
- NA Valoración por medicina del trabajo y/o Salud Ocupacional EPS
- NA Remisión a ARL por estudio y/o tratamiento
- NA Asistir a programas de promoción y prevención EPS
- NA Se prescribe tratamiento y/o solicitan paraclínicos

*NA = No Aplica

Amplie su conducta

595862 533

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

CEMEDICA S.A.S

2



NIT 8320054448
Dirección CL 4 NO. 3A-05
Telefono 8660839/8830139
eMail

RECOMENDACIONES

X	Exámen Ocupacional Anual	X	Higiene postural	X	Uso de elementos de proteccion personal	X	Pausas Activas
	Reingreso laboral		Reubicación		Rehabilitación profesional		
	Otro? Cual?						

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mí el examen médico y/o paraclínicos ocupacional(les), registrado(s) en este documento El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es).
He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación,las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es),a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(as) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es).
Fui informado de las medidas que tomará CEMEDICA para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibí copia de la valoración médica ocupacional. Las respuestas dadas por mi en este(os) examen(es) están completas y son verídicas. CEMEDICA para que suministre a las personas o entidades completadas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST y para las situaciones complementadas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido complementados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento. (Resolución 1016 de marzo 31 de 1989 - Resolución 2346 de Julio 2007 parágrafo del Articulo 10 - Minprotección)

KATHERINE L. BARÓN FAJARDO
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
RESOLUCION 16992
CC 1.019.045.446

MEDICO

Firma

KATHERINE LIZETH BARON FAJARDO

Registro Médico 1019045446

Licencia salud ocupacional 16992

Firma ASPIRANTE O TRABAJADOR

SAUL ORLANDO LEON CAGUA

Documento de identidad CC 11276759

FIN DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL