SOMOS
MEDICINA OCUPACIONAL Y LABORAL S.A.S

SOMOS MEDICINA OCUPACIONAL Y LABORAL
NIT: **901 184 145-7**
Dir: **Calle 39B # 4B-76 B/. Macarena Parte Alta**
Cel: **315 623 04 10**
Correo: **somosmedicinaocupacional@gmail.com**
www.somosmedicinaocupacionalylaboral.com
Ibagué, Tolima



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 15.258

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
24 DÍA	02 MES	2025 AÑO	IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA) Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO**

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

PARTICULARES CONTADO	**CORTOLIMA**
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)

MOLINA GONZALEZ JULIO JESUS	Genero: MASCULINO	Edad: 41 AÑOS 11 MESES 3 DÍAS	Documento de Identificación: CC (Tipo) 14012130 (Número)
Apellidos y Nombres	Teléfonos: 3142250063		

Cargo
PERIODISTA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)

Observaciones: *NO APLICA*

Dentro de la evaluación médica integral realizada, se hizo un especial énfasis en su estado osteomuscular, para establecer su capacidad para movilizar cargas o realizar actividades con movimientos o posturas forzadas, no encontr ándose alteraciones significativas que se considere puedan generar un riesgo aumentado para su salud y seguridad. Este examen es realizado en condiciones de reposo y tiene el car ácter de tamizaje osteomuscular y el hecho de no evidenciarse patología o secuelas de ella, no significa que pueda realizar actividades o tareas que superen su capacidad f ísica. Es necesario implementar todas las medidas de prevención y protección requeridas para el desempeño seguro de la ocupación, realizando capacitación continua y el entrenamiento necesario, para el adecuado manejo de cargas y de las posturas en el trabajo

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) **N/A**

RESTRICCIONES LABORALES	**TIPO**	**RECOMENDACIONES**
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

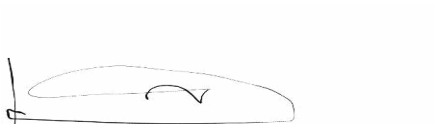
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**	**HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES**
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE OSTEOMUSCULAR : NO CASO	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
		CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

TRABAJADOR EN QUIEN NO SE IDENTIFICARON PATOLOGÍAS O SECUELAS DE ESTAS QUE PUDIERAN CONSTITUIR UN RIESGO, PUEDE REALIZAR ACTIVIDADES PROPIAS DE SU OFICIO CON LAS ADECUADAS MEDIDAS DE SEGURIDAD, SE CLASIFICA EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA OSTEOMUSCULAR DE ACUERDO A LA INFORMACION DISPONIBLE Y EL EXAMEN REALIZADO COMO: NO CASO; SE DEBE CAPACITAR EN LA PREVENCION DE LOS RIESGOS PROPIOS DE SU TRABAJO, EVITAR REFLEJOS MOLESTOS POR LO QUE CADA 20 MINUTOS SE RECOMIENDA: MIRE A OTRO PUNTO Y CADA 3 HORAS CIERRE LOS OJOS UN MINUTO,REALIZAR PAUSAS ACTIVAS SEGÚN SST, MANTENER HABITOS DE VIDA SALUDABLES, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION, INDUCCION AL CARGO, CONTROL DE PESO, CONTINUAR CONTROL POR SU EPS

Declaro: Que he sido informado sobre la legislación vigente en relación con el resguardo, confidencialidad, custodia y condiciones para la entrega de las evaluaciones medicas ocupacionales. Al firmar el presente consentimiento autorizo al m édico, para la realización del examen médico ocupacional y los exámenes complementarios requeridos. Lo hago de manera consiente. Certifico que las respuestas dadas por mí son la verdad y acepto la concordancia de la presente historia con mis condiciones de salud. Autorizo el suministro a la empresa, de la informaci ón requerida por esta para, el cumplimiento del sistema de gestión seguridad y salud en el trabajo, bajo los estrictos parámetros de confidencialidad y reserva.

Médico		Aspirante o Trabajador	
Firma:		**Firma:**	
Nombre:	GARCIA TOLOZA DANIEL ALEXANDER	**Nombre:**	MOLINA GONZALEZ JULIO JESUS
R. M.:	652 **L.S.O.:** 2837 DEL 09 DE OCTUB	**CC:**	14012130