

Concepto Aptitud Ocupacional #

65010

Hora Ingreso:

7:49

Hora Egreso:

12:12

administracion@sisoempresarialsas.com

FECHA DE REALIZACION DEL EXAMEN			TIPO DE EXAMEN PARACLINICO (MARQUE CON UNA (X))				
20	1	2026	<input checked="" type="checkbox"/> Ingreso	<input type="checkbox"/> Egreso	<input type="checkbox"/> Periódico	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Altura

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ

Razón Social PARTICULAR Dirección del centro de trabajo KM 3 AUTOPISTA BOGOTA - MEDELL

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

PINEDA RUIZ JENNY PAOLA CC 1019086249

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Género (Marque con una X) Fecha de Nacimiento Edad (años) EPS (A la que se encuentra afiliado)

Femenino ☒ Masculino ☐ 1 8 1993 32 COMPENSAR



INFORMACION OCUPACIONAL CARGO ACTUAL A INGRESAR

Fecha Ingreso a la Empresa	Cargo	Sección	Antigüedad en el cargo actual (no aplica para Ingreso)
	DOCENTE DE MÚSICA	SERVICIOS Y OTROS	

CONSULTAS/PROCEDIMIENTOS Y/O EXAMENES REALIZADOS

Consulta Medica Ocupacional (Enfasis Osteo-muscular), Optometria, Espirometria, Trigliceridos, Colesterol [HDL], Colesterol [LDL], Colesterol total

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Autorizo al (a la) Dr(a) abajo mencionado(a), a realizar en mi examen médico y/o paraclínicos ocupacionales, registrados en este documento. El profesional abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y paraclínicos ocupacionales. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y paraclínicos ocupacionales. A partir de la asesoría brindada antes de las respectivas toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes que se realizaran el (los) examen(es). Las respuestas dadas por mí en este(s) examen(es) están completos y son verídicas. 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

CONCEPTO OCUPACIONAL

Apto Con Patología Que No Interfiere Su Labor

☐ Sospecha De Enfermedad Laboral

RECOMENDACIONES

Ocupacionales

- ☒ Capacitación Según Matriz De Riesgos y Peligros
- ☒ Higiene Postural
- ☒ Higiene Biomecánica Integral
- ☒ Pausas Activas Laborales
- ☐ Uso De EPP
- ☒ Cultura Del Autocuidado

Médicas

- ☐ Valoración Por Optometría Prioritaria
- ☐ Valoración Por Medicina General EPS
- ☐ Valoración Por ARL
- ☐ Valoración Por Medicina Laboral EPS
- ☐ Valoración Por Nutricionista EPS

Capacitación y Entrenamiento

- ☐ Para trabajo en altura y/o espacios confinados y/o manipulación de alimentos

Sistema Vigilancia Epidemiológico

- ☐ SVE Salud Auditiva (Enfasis en protección Auditiva)
- ☐ SVE Cardiovascular
- ☒ SVE Salud Visual
- ☒ Corrección Óptica Permanente
- ☐ SVE Salud Respiratoria
- ☐ SVE Biomecánico

Hábitos y Estilos De Vida Saludable

- ☒ Ejercicio Físico Regular 3 Veces por semana (Acondicionamiento físico)
- ☒ Énfasis En Estiramientos Integrales
- ☒ Nutrición Balanceada
- ☐ Cesación De Tabaquismo
- ☐ Reducción Consumo de Alcohol

Condición de Salud - Otros

LABORATORIOS CLINICOS DENTRO DE PARAMETROS NORMALES PARA EDAD Y SEXO.

OPTOMETRIA: AMETROPIA ADECUADAMENTE CORREGIDA

ESPIROMETRIA: FLUJO NORMAL

ENFASIS OSTEOMUSCULAR: NORMAL

ENFASIS CARDIOVASCULAR: RIESGO BAJO

Evaluated by

Firma

Nombre

Registro

CARLOS YEZID GARZON RIVEROS TM

LSO 3535-3/4/19

Trabajador

Firma

Nombre

Documento

PINEDA RUIZ JENNY PAOLA

CC 1019086249



Los Hallazgos fueron consignados en historia clínica ocupacional que desarrolla los contenidos establecidos en la resolución 2346 de 2007

Notas:

1) Archive este informe en la hoja de vida del trabajador en el área de recursos humanos.

2) El contenido de la historia clínica ocupacional tiene carácter confidencial y su custodia esta regulada por la resolución 1918 del 05 de junio de 2009 del cual se transcriben a continuación algunos apartes:

"La custodia de las evaluaciones medicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional estará a cargo del prestador de servicios de salud ocupacional que la genere en el curso de la atención, cumpliendo los requisitos y procedimientos de archivo conforme a las normas legales vigentes para la historia clínica".

"En ningún caso los empleadores podrán tener, conservar o anexas copia de las evaluaciones medicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional a la hoja de vida del trabajador"

3) Este examen no reemplaza el realizado por Indumil para norte de armas

Para validar el certificado ingrese a: <https://www.cypsoft.sisoempresarialsas.com/Valida.php>

Impreso el 20/01/2026 a las 19:22:51