salud ocupacional de la sabana

SALUD OCUPACIONAL DE LA SABANA S.A.S.
Licencia Renovada en Seguridad y Salud en el Trabajo
Resolución 25-0176 del 12/03/2019 - NIT: 900256906-1
Dirección: Transversal 2 # 5 - 72, Ubaté (Cundinamarca)
Tel: (1) 889 0601, (1) 855 2083 - **Cel:** 310 780 2394
www.saludocupacionaldelasabana.com
correo: info@sodelasabana.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 28.177

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
07 DÍA	02 MES	2023 AÑO	VILLA DE SAN DIEGO DE UBATÉ (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO**

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

INDEPENDIENTE	**INDEPENDIENTE**
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)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
DIAZ RODRIGUEZ PABLO EMILIO	MASCULINO	52 AÑOS 6 MESES 17 DÍAS	CC (Tipo)	74320814 (Número)

Cargo
TECNICO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)

Observaciones: *NO APLICA*

O 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:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	GLICEMIA
OPTOMETRÍA	PERFIL LIPÍDICO

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : HACER CONTROL PERIÓDICO DE LA TENSIÓN ARTERIAL	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
SE ENTREGA FORMATO DE REMISIÓN A EPS	SVE OSTEOMUSCULAR : REVISIÓN PERIÓDICA DE LOS SEGMENTOS DEL MIEMBRO SUPERIOR, DE	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PARA VISIÓN CERCANA Y LEJANA	SEGMENTOS DEL MIEMBRO INFERIOR Y DE COLUMNA LUMBAR.	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
VALORACIÓN POR EPS : MEDICINA GENERAL	CAPACITACIÓN : SOBRE LOS RIESGOS DEL TRABAJO Y SU CONTROL (ENTRE OTROS TEMAS)	DIETA BALANCEADA : BAJA EN CARBOHIDRATOS
	OTROS : CALISTENIA, ANTES Y DESPUÉS DE LA JORNADA LABORAL.	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EL TRABAJADOR DECLARA HABER CONTESTADO FIELMENTE A TODAS LAS PREGUNTAS FORMULADAS POR EL PERSONAL DE SALUD OCUPACIONAL DE LA SABANA SAS., Y CON SU FIRMA CERTIFICA QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES VERAZ Y FIDEDIGNA, POR TANTO, SE HACE RESPONSABLE DE LO MANIFESTADO EN CUANTO A SU ESTADO DE SALUD. NOTA..- POR LA PANDEMIA COVID-19, SE REALIZA LA CONSULTA CON EL USO DE TODOS LOS EPP: TAPABOCAS, VISOR, GUANTES, BATA Y TRAJE-OVEROL ANTIFLUIDOS, CUMPLIENDO CON LA NORMA DE BIOSEGURIDAD INDICADA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. ADEMÁS, SE REALIZA EL PROTOCOLO DE DESINFECCIÓN DEL PACIENTE DESDE SU INGRESO: USO DE TAPABOCAS, DESINFECCIÓN DEL CALZADO Y TOMA DE TEMPERATURA, LA CUAL SE REALIZA ANTES DE INGRESAR Y A LA SALIDA DE LA IPS. AL FINAL DE CADA CONSULTA SE HACE DESINFECCIÓN DEL ÁREA DE EXAMEN. SE LE RECORDÓ LO IMPORTANTE DE CONTINUAR CON EL AUTOCUIDADO: USO DE TAPABOCA (BOCA Y NARIZ), EL LAVADO FRECUENTE DE MANOS Y EL DISTANCIAMIENTO SOCIAL.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: Autorizo a Salud Ocupacional de la Sabana S.A.S, a realizar mi examen médico ocupacional y/o paraclínico(s) ocupacional(es) registrado(s) en este documento. Me han explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, y los riesgos del examen médico. 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. Autorizo a Salud Ocupacional de la Sabana S.A.S., para que suministre a la empresa contratante 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 (sistemas de vigilancia epidemiológica), y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que me encuentro en capacidad de firmar mi consentimiento informado.

Médico

Firma: FULVER AMADO ZARATE MÉDICO ESPECIALISTA SST LIC. SST RENOVADA RES. 11195 DEL 05/08/2021

Aspirante o Trabajador

Firma: 74320814