COOPERATIVA MULTIACTIVA DEL SUMAPAZ
nit 808.002.168-9

COOPSUMAPAZ IPS

direccion calle 17a n 12-76 barrio piedra grande fusagasuga
tel 9229865 cel 3219317052
medicinalaboral.coopsumapaz@gmail.com



N° 27.967

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
30 DÍA	12 MES	2025 AÑO	FUSAGASUGÁ (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

SIN REGISTRAR

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	Género	Edad	Documento de Identificación	
GARCIA TIBAVISCO JOHANNA SMITH	FEMENINO	40 AÑOS 0 MESES 26 DÍAS	CC (Tipo)	1071162046 (Número)

Cargo

GESTION DOCUMENTAL

EPS	AFP	ARL
SANITAS	PORVENIR	SURA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIONES PARA DESARROLLAR SU LABOR

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:

EVALUACION OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y DE COLUMNA ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
		HÁBITOS SALUDABLES
		CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE

- CUMPLIR CON LAS NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ESTABLECIDAS POR LA EMPRESA, DE ACUERDO CON EL PANORAMA DE FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADO.
- REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CADA DOS (2) HORAS POR 5 MINUTOS DURANTE LA JORNADA LABORAL, PARA FAVORECER LA MOVILIDAD, PREVENIR LA FATIGA Y MEJORAR EL BIENESTAR FÍSICO.
- ASISTIR Y PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN LAS CAPACITACIONES Y ACTIVIDADES DE FORMACIÓN PROGRAMADAS POR LA EMPRESA, FORTALECIENDO LA CULTURA DE AUTOCUIDADO.
- HACER USO ADECUADO Y PERMANENTE DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) CORRESPONDIENTES AL NIVEL DE RIESGO DEL CARGO.
- DAR CUMPLIMIENTO A LA POLÍTICA INSTITUCIONAL DE NO CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DENTRO Y FUERA DEL ENTORNO LABORAL.
- MANTENER UNA HIGIENE POSTURAL ADECUADA, ADOPTANDO POSICIONES ERGONÓMICAS EN EL DESARROLLO DE LAS TAREAS DIARIAS.
- UTILIZAR TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS PARA EL CARGO, CONFORME AL PANORAMA DE RIESGOS LABORALES ESTABLECIDO.
- FOMENTAR Y MANTENER LA PRÁCTICA REGULAR DE ACTIVIDAD FÍSICA O DEPORTIVA, ACORDE CON LOS INTERESES PERSONALES, EL ESTADO FÍSICO Y LA CONDICIÓN DE SALUD INDIVIDUAL.
- REPORTAR OPORTUNAMENTE CUALQUIER CONDICIÓN INSEGURA O ACTO INSEGURO OBSERVADO EN EL ÁREA DE TRABAJO
- MANTENER UNA ALIMENTACIÓN BALANCEADA E HIDRATACIÓN ADECUADA, PRIVILEGIANDO ALIMENTOS SALUDABLES Y EVITANDO EL CONSUMO EXCESIVO DE AZÚCARES, GRASAS Y BEBIDAS ESTIMULANTES.
- PROMOVER UN AMBIENTE LABORAL ARMÓNICO Y RESPETUOSO, BASADO EN LA COMUNICACIÓN ASERTIVA, LA EMPATÍA Y EL TRABAJO EN EQUIPO.
- CUMPLIR CON LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA MÉDICA OCUPACIONAL, ASISTIENDO A LOS CONTROLES DE SALUD PERIÓDICOS ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA.
- MANTENER EL ORDEN Y LA LIMPIEZA EN EL PUESTO DE TRABAJO, CONTRIBUYENDO A UN ENTORNO SEGURO Y AGRADABLE.
- PROTEGER LA SALUD AUDITIVA Y VISUAL, HACIENDO PAUSAS VISUALES, AJUSTANDO LA ILUMINACIÓN DEL ENTORNO Y UTILIZANDO PROTECCIÓN AUDITIVA CUANDO SEA NECESARIO.

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

Scanned with CamScanner

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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Dra. Adriana Trujillo
Especialista en Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo
Res 810143 - Resolución 2500850

Firma:

Nombre: CC: 52692879 - ADRIANA TRUJILLO

R. M.: 52692879 **L.S.O.:** 250859-2019

Código de Seguridad
V1324B1H27967

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: GARCIA TIBAVISCO JOHANNA SMITH

CC: 1071162046

