# CERTIFICADO MÉDICO PREOCUPACIONAL FECHA: 17/03/2025

**NOMBRES Y APELLIDOS:** DANIEL FELIPE GOMEZ SANCHEZ
**TIPO DE DOCUMENTO:** Cédula de ciudadanía
**CARGO:** Contratista – administrador de empresas
**EMPRESA:** PARTICULAR
**DIRECCIÓN:** Calle 22B # 56-63

**EDAD:** 28 años
**N° DOCUMENTO:** 1010227921
**GÉNERO:** Masculino
**CIUDAD:** BOGOTA
**TELÉFONO:** 573132327195

SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA:

Desordenes musculoesqueléticos (DME), Riesgo psicosocial

AYUDAS DIAGNÓSTICAS:

Ninguna

ÉNFASIS:

**Osteomuscular:** Normal

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL:

De acuerdo con el examen ocupacional realizado a DANIEL FELIPE GOMEZ SANCHEZ, con documento N° 1010227921, en el día 17/03/2025. Se considera **No presenta restricción** para desempeñar la ocupación de Contratista - administrador de empresas.

RECOMENDACIONES GENERALES:

implementar hábitos y estilo de vida saludables, alimentación balanceada, adecuada hidratación oral, actividad física regular, asistir periódicamente a consulta preventiva en su EPS.

CONDUCTAS OCUPACIONALES:

De acuerdo con los hallazgos clínicos y el examen médico realizado, el trabajador no presenta alteraciones médicas que interfieran en el adecuado desarrollo de su actividad laboral. Se recomienda implementar medidas de trabajo seguro, haciendo énfasis en los principales riesgos asociados a su cargo.

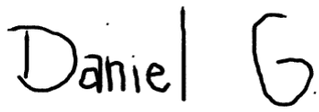
**Observaciones generales preventivas:**

1. Higiene postural de acuerdo al cargo a desempeñar
2. Capacitar en higiene postural y cuidados de espalda
3. El empleador debe de manera periódica inspeccionar puesto de trabajo
4. Ejecutar un adecuado programa de pausas activas y pasivas de manera periódica durante la jornada laboral
5. Capacitación en la prevención de riesgos propios del trabajo, en notificar cualquier incidente o accidente laboral y acatar recomendaciones del programa de seguridad y salud en el trabajo de la empresa
6. Adoptar estilos de vida saludable, ejercicio, dieta balanceada en fibra, frutas, vegetales, baja en azucares, carbohidratos y grasas
7. Uso de elementos de protección personal de acuerdo al cargo a desempeñar

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TRABAJADOR:

De acuerdo con lo contemplado en las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de junio 5 de 2009 del ministerio de protección social, las evaluaciones medicas ocupacionales tiene como objeto monitorear la exposición a factores de riesgo ocupacional e identificar las posibles alteraciones de la salud de los trabajadores; así fortalecer los sistemas de vigilancia epidemiologica mediante los programas de promoción y prevención de la salud.
Autorizo al médico ocupacional, quien firma este certificado a realizar el presente examen médico ocupacional y pruebas complementarias a las que haya lugar. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas, que no omito información relevante que pudieran influir sobre mi estado de salud y me comprometo a informar en forma veraz y oportuna a mi empleador cualquier cambio que pueda presentarse en las mismas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendo las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.




**FIRMA DEL MÉDICO**

**NOMBRE:** Juan C. Camacho S.

**REGISTRO MÉDICO:** 11 8965/2014 – 1018412861

**LICENCIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO:** 6026 del 09/05/2018

**FIRMA DEL TRABAJADOR**

**NOMBRE:** DANIEL FELIPE GOMEZ SANCHEZ

**DOCUMENTO:** 1010227921

Código de validación:83255587540992080000