CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Fecha de examen: 2025-10-15 **Fecha de impresión:** 2025-10-15

901.330.589-1

IDENTIFICACION DELPACIENTE



Nombres y Apellidos:	YOHAN CAMILO JIMENEZ ZUBIETA		
Identificación:	CC	**Número:**	1032485282
Fecha de Nacimiento:	03-09-1996	**Edad:**	29 AÑOS
Género:	M	**Identidad de Género:**	MASCULINO
RH:	O+	**Ciudad - Sede:**	BOGOTA
Estado civil:	SOLTERO	**Escolaridad:**	PROFESIONAL
Estrato:	3	**Ciudad:**	BOGOTA
Dirección:	CL 3 # 71 22	**Teléfono:**	3214158214
Acompañante:		**Tel. Acompañante:**	
Empresa	**SAFRID INGENIERIA SAS** **Cargo:** RESIDENTE DE OBRA		
Sede:	LECMAC MEDIC SAS		

TIPO EXAMEN: PREINGRESO **ENFASIS:** TRABAJO EN ALTURAS, OSTEOMUSCULAR

EXAMENES REALIZADOS

1. EXAMEN AUDIOMETRIA
2. EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL
3. EXAMEN VISIOMETRIA
4. GLICEMIA
5. PERFIL LIPIDICO HDL TRIGLICERIOS

CONCEPTO

CONCEPTO — APTO SIN RESTRICCIONES PARA LA OCUPACIÓN

CONCEPTO ESPECIFICO

Sin restricciones médicas para trabajo en alturas — SI

RECOMENDACIONES

GENERALES

RECOMENDACIONES GENERALES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

1. USAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL EN FORMA CORRECTA SEGÚN AREA DE TRABAJO
2. PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL
3. CAPACITACION EN HIGIENE POSTURAL
4. INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO DE ACUERDO CON LOSRIESGO EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA

RECOMENDACIONES PARA EL USUARIO

1. HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE
2. HACER EJERCICO FRECUENTE
3. CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA

OCUPACIONALES

USO DE EPP	SI
PAUSAS ACTIVAS	SI
RECOMENDACIONES ADICIONALES	CONTROL ANUAL

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

Tayde Avila Garcia
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
LIC S.O 3274-2022

TAYDE CONCEPCIÓN AVILA GARCIA 32716395
RM: 3274 DE 03 JUNIO 2022
Lic. S.O 3274-2022
Firma y sello del médico evaluador

YOHAN CAMILO JIMENEZ ZUBIETA
Documento: 1032485282
Firma del trabajador