

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL - EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL
INGRESO _X_ EGRESO ___
PERIODICO ___
POSTINCAPACIDAD ___
REUBICACION ___

CONSULTORIO MEDICO
DR. LUIS ALFONSO LEON TORRES
MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL

Dirección: Carrera 9 # 48-40 Cons. 305
Teléfonos: 601 7029821
email: leontorres_sst@hotmail.com

FECHA: DIA: 14 MES: 01 AÑO: 2026		CIUDAD: BOGOTA, D.C.
EMPRESA: SEÑALVIAS S.A.S.	NIT. 830011673-S	ACTIVIDAD ECONOMICA: MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO DE VIAS
APELLIDO(S): GOMEZ PLAZAS	NOMBRE(S): JAVIER ENRIQUE	IDENTIFICACION: C.C. 79.875.962
EDAD: 48 AÑOS	SEXO: M _X_ F___ OTRO: _____	ESTADO CIVIL: UNION LIBRE
NIVEL ACADEMICO: PRIMARIA ___ SECUNDARIA: _X_ TECNICO: ___ TECNOLOGO: ___ UNIVERSITARIO: ____ ESPECIALIZACION: ___		
CARGO: AYUDANTE	EPS: SANITAS AFP: PORVENIR	ARL: SURA
DIRECCION VIVIENDA: CLL 72 E SUR # 35 C - 39 LOCALIDAD: 19 ESTRATO: 2		TELEFONO:3144473246

A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES

EXAMEN

MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OMA, DERMATOLOGICO, VISUAL, AUDITIVO		
GLICEMIA: NORMAL	COLESTEROL TOTAL: NORMAL	HDL: NORMAL
LDL: NORMAL	TRIGLICERIDOS: NORMALES	CUADRO HEMATICO: NORMAL
AUDIOMETRIA: SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFERICA NORMAL, BILATERAL		VISIOMETRIA: NORMAL. EMETROPE.

CONCEPTO VALORACION MEDICA

PUEDE INGRESAR A LABORAR AL CARGO PROPUESTO, CON RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES GENERALES

MANEJO POR EPS/ARL

VALORACION POR MEDICINA GENERAL. VASCULAR PERIFERICO.

OCUPACIONALES

VALORACION OCUPACIONAL PERIODICA. MANTENER UNA ADECUADA HIGIENE POSTURAL.

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

DIETA BALANCEADA. REALIZAR EJERCICIO EN FORMA REGULAR, MINIMO TRES VECES POR SEMANA, 1 HORA DIARIA

DEJAR EL HABITO DE FUMAR

SE SUGIERE INCLUIR EN SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO:

1 ERGONÓMICO	2 PSICOLABORAL	3 BIOLOGICO
4 PUBLICO		

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES PREVENTIVAS

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS. USO DE MEDIAS DE MEDIANA COMPRESION.

SEGUIR LAS RECOMENDACIONES DADAS POR MINSALUD CON EL FIN DE EVITAR LA COVID-19 (COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACION)

RECOMENDACIONES ESPECIFICAS

RESTRICCIONES ESPECIFICAS

Certifico: 1. Que no he omitido información acerca de mi estado de salud, todo es veridico y puede ser confirmado. 2. Haber recibido copia del presente concepto.

DR. LUIS ALFONSO LEON TORRES C.C. 19.360.446 MEDICO - R.M. 12355 LICENCIA EN S Y S T RESOLUCION No 11112 del 3-12-2014

DR. LUIS ALFONSO LEON TORRES C.C. 19.360.446
R.M. No. 12355 RSDS 19365446
RESOLUCION SST No. 20357 DEL 19/11/2024 DE L.S.D.S.

FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C. # 79 875 962

Si usted necesita verificar la autenticidad de este concepto, envíenos su solicitud al correo: leontorres_sst@hotmail.com o comuníquese con el teléfono 601 7029821