CLÍNICA LABORAL SAGUIL S.A.S.
Licencia de Salud Ocupacional Res. 25-0442 del 20/05/2019
NIT: 901.258.116-2
Ubaté, Cundinamarca | **Samacá, Boyacá**
Dir: Cll 8 # 8-103 | **Dir:** Cll 6 # 4-80 of. 302
Tel: 855 2613 - **Cel:** 313 453 5980 | **Cel:** 322 718 6701
Correo: info@clinicasaguil.com | **Correo:** infosamaca@clinicasaguil.com
www.clinicasaguil.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 63.465

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
11 DÍA	**03** MES	**2026** AÑO	**VILLA DE SAN DIEGO DE UBATE (CUNDINAMARCA, COLOMBIA)** Ciudad	**EVALUACION MEDICA DE PRE-INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR**

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
HERPAL CONSTRUCCIONES SAS	**HERPAL CONSTRUCCIONES SAS**

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

4290 - CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL.

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	
GARZON GOMEZ MARIO	MASCULINO	58 AÑOS 7 MESES 5 DÍAS	CC (Tipo)	79164452 (Número)

Cargo

AUXILIAR DE OBRA

EPS	AFP	ARL
NUEVA EPS	**PROTECCION**	**POSITIVA**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO: SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

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:

ESPIROMETRÍA	✓	OPTOMETRIA (CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OPTOMETRIA)	✓
AUDIOMETRIA	✓	PERFIL LIPIDICO (COLESTEROL, COLESTEROL TOTAL HDL LDL VLDL Y TRIGLICERIDOS)	✓
EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR(CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL)	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA
ESPIROMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA- REALIZAR EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO MUSCULAR (PAUSAS ACTIVAS)- REALIZAR EXÁMENES OCUPACIONALES PERIÓDICAMENTE- USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL- CAPACITACIÓN PERIÓDICA LEVANTAMIENTO DE CARGAS- SE RECOMIENDA MEJORAR HÁBITOS NUTRICIONALES PARA REDUCIR NIVELES DE GRASAS EN SANGRE- EXAMEN OSTEOMUSCUAR Y COMPLEMENTARIOS SIN ALTERACIONES.

BIOSEGURIDAD :
ATENCIÓN BRINDADA AL USUARIO CUMPLE CON LOS LINEAMIENTOS DE BIOSEGURIDAD DADOS POR EL MINISTERIO DE SALUD EN CUANTO A USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, LAVADO DE MANOS Y MEDIDAS DE HIGIENE EN GENERAL.

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 confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las 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



Firma:

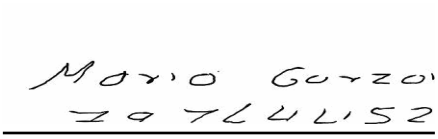
Nombre: CC: 1019044876 - NATALIA ESPARZA

R. M.: 1019044876 **L.S.O.:** 1381 - 03/02/2017

Código de Seguridad

Z543F1L63465

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: GARZON GOMEZ MARIO

CC: 79164452