GLOBAL HEALTH & SERVICES SAS
NIT: 901846439-9
Dir: Calle 143 # 16a - 65 apto 209
E-mail: asesoriayrepresentacionbyb@gmail.com
Cel: 301 710 2572 - 300 559 2983
Bogotá D.C.



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 674

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
11 DÍA	02 MES	2026 AÑO	VILLA DE SAN DIEGO DE UBATE (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
CRISTO HERRERA GONZALEZ	CRISTO HERRERA RODRIGUEZ

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

4111 - CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS RESIDENCIALES.

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	
MORENO ORTIZ CAMPO ELIAS	MASCULINO	62 AÑOS 4 MESES 2 DÍAS	CC (Tipo)	4297382 (Número)

Cargo

OPERARIO

EPS	AFP	ARL
COMPENSAR	COLPENSIONES	SURA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

COMPATIBLE CON EL CARGO ASIGNADO, CON RECOMENDACIONES DE SALUD

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:

AUDIOMETRIA	✓	VISIOMETRIA	✓
EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
SE ENTREGA FORMATO DE REMISIÓN A EPS	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
USAR MEDIAS ANTIVÁRICES	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
USAR CORRECCIÓN VISUAL : USO DE CORRECCION OIPTICA PROXIMA	CAPACITACIÓN	CONTROL DE PESO
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		HACER DEPORTE
VALORACIÓN POR EPS : MEDICINA GENERAL		DEJAR Y/O REDUCIR BEBIDAS ALCOHOLICAS
		NO FUMAR
		DIETA BALANCEADA

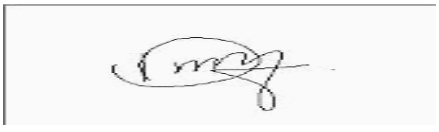
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO. CUMPLE CON LOS REQUISITOS DEL PERFIL BIOPSICOFISICO PARA EL CARGO
SE REALIZA EXAMEN MÉDICO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR.

SE REALIZAN PRUEBAS. DE OPTOMETRIA Y AUDIOMETRIA NO SE EVIDENCIAN ALTERACIONES QUE LE IMPIDAN, RESTRINJAN O LIMITEN LAS ACTIVIDADES O TAREAS DEL CARGO.
SE DAN RECOMENDACIONES SOBRE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE. MANTENER ALIMENTACIÓN BALANCEADA BAJA EN GRASAS, CARBOHIDRATOS Y HARINAS. REALIZAR EJERCICIO REGULAR. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS SEGÚN PROTOCOLO DE LA EMPRESA Y SEGÚN MATRIZ DE RIESGOS Y PELIGROS, ESTIRAMIENTOS MUSCULARES DE MIEMBROS SUPERIORES, INFERIORES Y DE COLUMNA. MANTENER UNA BUENA HIGIENE POSTURAL. ASISTIR A CONTROL MÉDICO DE RUTINA EN EPS. SE RECOMIENDA CONTROL MÉDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO. CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD SEGÚN NORMATIVA VIGENTE.
SE REMITE COHN MEDICINA 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:

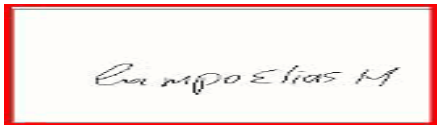
Nombre: CE: 262363 - XIOMARA CRUZ

R. M.: 262363 **L.S.O.:** 25-0120 /2023

Código de Seguridad

K1725Q1W674

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: MORENO ORTIZ CAMPO ELIAS

CC: 4297382

