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° 673

| 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 | |
|---|---|---|---|---|
| UTRIA MESA YOVANNY | MASCULINO | 53 AÑOS 8 MESES 29 DÍAS | CC (Tipo) | 5031057 (Número) |

Cargo

**OFICIOS VARIOS**

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| NUEVA EPS | PORVENIR | 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 : OCASIONAL PROXIMO | 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 |
| | | DIETA BALANCEADA |

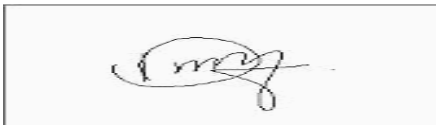
**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

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 CON 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

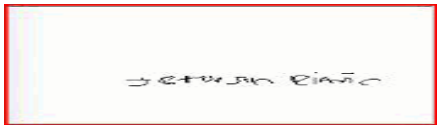
**R. M.:** 262363 **L.S.O.:** 25-0120 /2023

**Código de Seguridad**

**R1725X1D673**

**Aspirante o Trabajador**

**Firma:**



**Nombre:** UTRIA MESA YOVANNY

**CC:** 5031057

