CONSULTORIO MÉDICO ESPECIALIZADO
HEALTH GLOBAL SERVICES
NIT: 8161551 - 6
Dir: Cra 52 # 49-18
E-mail: drgeovannymj@solucionesensaludysg-sst.com
Cel: 319 772 6636
Fredonia - Antioquia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 405

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
31 DÍA	12 MES	2025 AÑO	FREDONIA (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	**EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO - PRE INGRESO**

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
SISTEMAS DE GESTIÓN GLOBAL SAS	**SISTEMAS DE GESTIÓN GLOBAL SAS**

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

6201 - ACTIVIDADES DE DESARROLLO DE SISTEMAS INFORMÁTICOS (PLANIFICACIÓN, ANÁLISIS, DISEÑO, PROGRAMACIÓN, PRUEBAS).

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	
ARANGO TRUJILLO ALEXANDER	MASCULINO	45 AÑOS 6 MESES 8 DÍAS	CC (Tipo)	86064902 (Número)

Cargo

GERENTE DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SALUD

EPS	AFP	ARL
NUEVA	**PROTECCIÓN**	**COLMENA**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO (A) PARA EL CARGO, CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL

Observaciones: *CONCEPTO SE DEFINIO CON BASE EN LA EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL EN EXIGENCIA A LAS FUNCIONES DEL CARGO, LAS CAPACIDADES Y LAS CONDICIONES DE SALUD DE EL /LA ASPIRANTE PARA EL CARGO DE OPERARIO (A) TI, TÉCNICO, TECNÓLOGO, INGENIERO JUNIOR, SENIOR O MASTER, GESIS, QUE INCLUYÓ HISTORIA CLÍNICA, EXAMEN FÍSICO Y EXÁMENES COMPLEMENTARIOS INDICADOS SEGÚN EL PERFIL DE RIESGOS LABORALES*

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:

AUDIOMETRÍA	✓	VISIOMETRÍA	✓
EVALUACIÓN OSTEOMUSCULAR	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : POR NUTRICIÓN	SVE VISUAL	CONTROL DE PESO
PROMOVER ESPACIOS PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA	SVE CARDIOVASCULAR	HACER DEPORTE
PRESENTAR REGISTROS ANEXOS DE HISTORIAS CLÍNICAS Y SOPORTES RECIENTES DE HISTORIAL OCUPACIONAL	SVE OSTEOMUSCULAR	DIETA BALANCEADA
	CAPACITACIÓN	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

ANEXO OSTEOMUSCULAR
EN EL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL REALIZADO SE HIZO UNA COMPLETA REVISIÓN DE SU SISTEMA OSTEOMUSCULAR, EXTREMIDADES Y COLUMNA, EN BUSCA DE PATOLOGÍAS O SECUELAS QUE PUEDAN CONSTITUIR UN RIESGO AUMENTADO PARA LA REALIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE SU TRABAJO HABITUAL, O DE AQUELLAS QUE IMPLIQUEN POSTURAS FORZADAS, O MOVIMIENTOS REPETITIVOS. CUALQUIER ALTERACIÓN SIGNIFICATIVA ENCONTRADA SE AMPLIARÁ EN EL CERTIFICADO MÉDICO, CON EL OBJETO DE DEFINIR SU ESTADO, IMPLICACIONES OCUPACIONALES O EL REQUERIMIENTO DE TRATAMIENTO.

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

DISEÑO Y ERGONOMÍA DEL PUESTO DE TRABAJO
- ASEGURAR QUE LA ESTACIÓN DE TRABAJO ESTÉ CONFIGURADA PARA MANTENER UNA POSTURA NEUTRA Y CONFORTABLE, CON LA PANTALLA AL NIVEL DE LOS OJOS Y EL TECLADO/MOUSE A LA ALTURA DE LOS CODOS.
- UTILIZAR SILLAS AJUSTABLES CON SOPORTE LUMBAR ADECUADO PARA REDUCIR TENSIÓN EN ESPALDA Y CUELLO.
- PROVEER ACCESORIOS ERGONÓMICOS COMO REPOSAPIÉS, APOYABRAZOS O APOYOS PARA MUÑECAS CUANDO SEA NECESARIO.
NOTA: UNA MALA CONFIGURACIÓN ERGONÓMICA DURANTE PERIODOS PROLONGADOS PUEDE PROVOCAR MOLESTIAS O LESIONES DEL SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO, ESPECIALMENTE EN CUELLO, ESPALDA Y EXTREMIDADES SUPERIORES.

PAUSAS ACTIVAS Y ORGANIZACIÓN DEL TIEMPO
- IMPLEMENTAR PAUSAS ACTIVAS BREVES CADA 45–60 MINUTOS, INCLUYENDO ESTIRAMIENTOS DE CUELLO, ESPALDA, HOMBROS Y

EXTREMIDADES, ASÍ COMO EJERCICIOS DE DESCANSO VISUAL.
- ALTERNAR TAREAS QUE REQUIERAN CONCENTRACIÓN VISUAL CONTINUA CON OTRAS ACTIVIDADES CUANDO SEA POSIBLE PARA REDUCIR LA FATIGA OCULAR Y COGNITIVA.
NOTA: LA EXPOSICIÓN CONTINUA A TAREAS REPETITIVAS Y POSTURAS ESTÁTICAS SIN PAUSAS INCREMENTA EL RIESGO DE CUADROS MUSCULOESQUELÉTICOS Y LA FATIGA VISUAL.

PREVENCIÓN DE FATIGA VISUAL
- PROMOVER LA REGLA 20-20-20: CADA 20 MINUTOS MIRAR ALGO A 20 PIES (˜6 M) POR 20 SEGUNDOS PARA REDUCIR LA FATIGA OCULAR.
- AJUSTAR BRILLO, CONTRASTE Y DISTANCIA DE LA PANTALLA PARA MINIMIZAR REFLEJOS O DESLUMBRAMIENTOS QUE GENEREN ESFUERZO VISUAL.
- SI PERMANECE MÁS DE 2 HORAS CONTINÚAS USANDO EQUIPOS DE CÓMPUTO, SMARTPHONE, TABLES, PANTALLAS DE VIDEO O DISPOSITIVOS ELECTRÓNICOS QUE AUMENTEN LA CONCENTRACIÓN VISUAL DEBE HACER USO DE LENTES PROTECTORES O PANTALLAS ANTIRREFLEJO, PARA EVITAR LA ASTENOPIA (CANSANCIO VISUAL) QUE EVENTUALMENTE PUEDE GENERAR UN BAJO RENDIMIENTO LABORAL

FACTORES DE ESTILOS DE VIDA Y BIENESTAR MENTAL
- ESTIMULAR HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, INCLUYENDO ACTIVIDAD FÍSICA REGULAR, DESCANSO ADECUADO Y BUENA HIDRATACIÓN, PARA CONTRARRESTAR LOS EFECTOS DEL SEDENTARISMO ASOCIADO AL TRABAJO FRENTE A COMPUTADORES.
- INTEGRAR ESTRATEGIAS DE MANEJO DEL ESTRÉS Y PAUSAS DE DESCONEXIÓN MENTAL, ESPECIALMENTE EN PERIODOS DE ALTA CARGA DE TRABAJO O ENTREGAS DE PROYECTOS.

PARTICIPACIÓN EN PROGRAMAS DE VIGILANCIA EN SALUD
- REALIZAR EXÁMENES MÉDICOS PERIÓDICOS QUE INCLUYAN VALORACIÓN DE POSTURA, VISIÓN Y SÍNTOMAS MUSCULOESQUELÉTICOS ASOCIADOS AL USO INTENSIVO DE COMPUTADOR.
- MONITOREO DE INDICADORES DE SALUD COMÚNMENTE AFECTADOS EN ENTORNOS DE OFICINA O TRABAJO INFORMÁTICO, COMO DOLOR DE ESPALDA, CUELLO O CANSANCIO VISUAL.
- INGRESO A SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (SVE) SEGÚN LABOR Y PERFIL DE RIESGOS OCUPACIONALES
- LAS DEMÁS RECOMENDACIONES QUE EN EL MARCO NORMATIVO SE ENCUENTRE CONTEMPLADAS A DICHO SECTOR

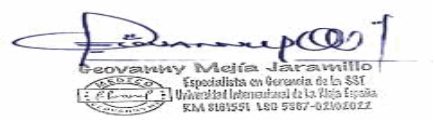
CAPACITACIÓN Y CULTURA PREVENTIVA
- CAPACITAR AL PERSONAL EN PRINCIPIOS DE ERGONOMÍA, IDENTIFICACIÓN DE SEÑALES DE RIESGO Y PREVENCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD RELACIONADOS CON LA SEDENTARIA Y EL USO INTENSIVO DE TECNOLOGÍAS.
- FOMENTAR UNA CULTURA DE REPORTE TEMPRANO DE SÍNTOMAS (DOLOR, HORMIGUEO, FATIGA VISUAL) PARA IMPLEMENTAR MEDIDAS CORRECTIVAS OPORTUNAS.

MODALIDAD DE TRABAJO REMOTO (SI APLICA)
SI EL COLABORADOR TRABAJA EN MODALIDAD REMOTA, APLICAR RECOMENDACIONES ADICIONALES COMO:
- CONFIRMAR QUE EL ESPACIO DE TRABAJO EN CASA CUMPLA CON CRITERIOS ERGONÓMICOS BÁSICOS (ALTO DE MESA/SILLA, POSTURA CORPORAL)
- INCLUIR PAUSAS SALUDABLES PLANIFICADAS PARA EVITAR PROLONGADOS PERIODOS DE INACTIVIDAD FÍSICA Y MENTAL.

RECOMENDACIONES MÉDICAS
- VALORACIÓN EN SU EPS PARA SEGUIMIENTO Y DETECCIÓN DE ENFERMEDADES EN EL ADULTO SANO, INGRESO A PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD, O SEGÚN APLIQUE EN RANGO ETARIO SEGÚN RESOLUCIÓN 3280 INCLUIDA PLANIFICACIÓN FAMILIAR
- VALORACIÓN EN SU EPS POR NUTRICIÓN POR IMC FUERA DE METAS, DADO QUE ELLO AUMENTA EL RIESGO CARDIO METABÓLICO Y AUMENTA LA PROBABILIDAD DE PADECER ENFERMEDADES CEREBRO - CARDIO - PULMONARES - RENALES - VASCULARES Y OSTEO – MUSCULARES

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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



Firma:

Nombre: NIT: 8161551 - GEOVANNY GEOVANNY MEJÍA JARAMII

R. M.: 8161551 **L.S.O.:** 5867

Código de Seguridad
C1713I1O405

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: ARANGO TRUJILLO ALEXANDER

CC: 86064902