



Nº 7,742

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
02	02	2024	IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
DÍA	MES	AÑO	Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
MPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS DE ROVIRA E.S.				PRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS DE ROVIRA E.S.			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)							
PEREZ BOLIVAR ANTONIO				Genero	Edad	CC	Documento de Identificación
				MASCULINO	67 AÑOS 7 MESES 2 DÍAS		
				Teléfonos	3208867810		
Apellidos y Nombres				Tipo	Número		
Cargo JARDINERO							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)							
Observaciones: NO APLICA							
Dentro de la evaluación médica integral realizada, se hizo un especial énfasis en su estado osteomuscular, para establecer su capacidad para movilizar cargas o realizar actividades con movimientos o posturas forzadas, no encontrándose alteraciones significativas que se considere puedan generar un riesgo aumentado para su salud y seguridad. Este examen es realizado en condiciones de reposo y tiene el carácter de tamizaje osteomuscular y el hecho de no evidenciarse patología o secuelas de ella, no significa que pueda realizar actividades o tareas que superen su capacidad física. Es necesario implementar todas las medidas de prevención y protección requeridas para el desempeño seguro de la ocupación, realizando capacitación continua y el entrenamiento necesario, para el adecuado manejo de cargas y de las posturas en el trabajo							
NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)							N/A
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO		RECOMENDACIONES			
SIN RESTRICCIONES LABORALES		NO APLICA		NO APLICA			
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO				-----			
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		SVE OSTEOMUSCULAR : NO CASO		FORTALECIMIENTO MUSCULAR			
				CONTROL DE PESO			
				ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA			
				HACER DEPORTE			
				DIETA BALANCEADA			
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
NO SE IDENTIFICARON PATOLOGÍAS O SECUELAS DE ESTAS QUE PUDIERAN CONSTITUIR UNA LIMITACIÓN O UN RIESGO PARA QUE EL TRABAJADOR MOVILICE CARGAS O REALICE ACTIVIDADES IMPLIQUEN POSTURAS FORZADAS O MOVIMIENTOS REPETITIVOS CLASIFICADOS EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA OSTEOMUSCULAR DE ACUERDO A LA INFORMACION DISPONIBLE Y ELEXAMEN REALIZADO SE CLASIFICA COMO NO CASO SE DEBE CAPACITAR EN LA PREVENION DE LOS RIESGOS PROPIOS DE SU TRABAJO EVITE REFLEJOS MOLESTOS CADA 20 MINUTOS MIRE A OTRO PUNTO Y CADA 3 HORAS Y CIERRE LOS OJOS UN MINUTO DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE CADA 3 A 4 VECES POR SEMANA PROMEDIO D 30 A 40 MINTS +/- , INDUCCION AL CARGO							
Declaro: Que he sido informado sobre la legislación vigente en relación con el resguardo, confidencialidad, custodia y condiciones para la entrega de las evaluaciones medicas ocupacionales. Al firmar el presente consentimiento autorizo al médico, para la realización del examen médico ocupacional y los exámenes complementarios requeridos. Lo hago de manera consiente. Certifico que las respuestas dadas por mí son la verdad y acepto la concordancia de la presente historia con mis condiciones de salud. Autorizo el suministro a la empresa, de la información requerida por esta para, el cumplimiento del sistema de gestión seguridad y salud en el trabajo, bajo los estrictos parámetros de confidencialidad y reserva.							

Médico



Firma: _____
Nombre: GARCIA TOLOZA DANIEL ALEXANDER
R. M.: 652 L.S.O.: 2837 DEL 09 DE OCTUB

Aspirante o Trabajador

Firma: _____
Nombre: PEREZ BOLIVAR ANTONIO
CC: 6002473