AS Integral	F01-HC-CERT	AS CIRCULO INTEGRAL SAS.
	DEPARTAMENTO MEDICO	CALLE 17 N0. 4-68 CONS OFICINA 1804
		NIT N0. 900320964-2
	Versión 01	Fecha de formato 01-11-2015
		CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Fecha	29/12/2025	Hora Llegada	10:00AM	Hora salida	10:30PM

I- IDENTIFICACION

1 Apellido	2 Apellido	Nombres	Doc. Identificación	1020794818
LEGUIZAMON	BENITE Z	RANDY MIGUEL	EDAD	31 AÑOS

GENERO	M	F X	Fecha de nacimiento	26 DE ABRIL 1994	LUGAR DE NACIMIENTO	CHIQUINQUIRA	
Escolaridad	PROFESIONAL	Estado Civil	SOLTERO	Direccion	SIMIJACA – CENTRO		
Barrio	CENTRO	Ciudad	SIMIJACA CUNDINAMARCA	Telefono	319 5182724		
Empresa	ALCALDIA MUNICIPAL DE SIMIJACA		Dependencia	INDEPENDIENTE	Cargo	INGENIERO	
Fecha de ingreso a la empresa	05/02/2026	Antiguedad en la empresa		Tiempo en el cargo	2 AÑOS		
EPS	SURA	ARL	SURA	AFP	PROTECCION	Tipo de examen	EXAMEN DE INGRESO
Viene acompañado	SI		NO X			Parentesco	

EXAMENES PARACLINICOS Y PRUEBAS SOLICITADAS					
	EXAMEN MEDICO	X		AUDIOMETRIA	
	OPTOMETRIA			VAL VESTIBULAR	NORMAL
	VISIOMETRIA			LAB. CLINICO	
OTROS					

X- CONCEPTO MARQUE CON UNA X

TIPO DE EXAMEN			
		APTO (Paciente sano o con hallazgos que no representan patología alguna)	X
		APTO CON PATOLOGIA (Paciente que presenta por lo menos una patología, pero puede laborar normalmente)	
INGRESO	X	APTO CON RESTRICCION (Paciente que debido a una o más patologías puede realizar su labor, pero con ciertas restricciones para no empeorar su estado clínico)	
PERIODICO		APLAZADO (No puede en el momento desempeñar el cargo al que aspira)	
EGRESO		Satisfactorio	
REINTEGRO		Satisfactorio con patología	
POST INCAPACIDAD		No satisfactorio	

Enfermedad general	NO	Enfermedad Profesional	NO	Secuelas o Accidente de Trabajo	NO
Requiere de examenes complementarios		Cuales			

XI- RECOMENDACIONES

CAPACITAR SOBRE POSIBLE RIESGOS EN EL CARGO, BUENOS HÁBITOS DE HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, USO PERMANENTE DE EPP,NUTRICIÓN ADECUADA, AUTOCUIDADO,EJERCICIO CARDIOVASCULAR,INCLUIR EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO BIOMECÁNICA Y CONTROL ANUAL POR SALUD OCUPACIONAL

XII - RESTRICCIONES

NINGUNA

Entiendo y acepto que la información contenida en el presente reporte es confidencial y será anexada a mi historia clínica. Se me ha explicado y he comprendido los resultados de los diferentes exámenes, sus causas ocupacionales, extra-ocupacionales y sus consecuencias. En constancia a lo anterior firmo:	**HORA SALIDA DE CONSULTA**	**8:30PM**

Dra. Lina Mª Silva Mejia
Médico
Esp. Salud Ocupacional
RM- 25355 10 - Lic 25-300-2015

C.C. 1020794818

FIRMA, REGISTRO Y SELLO DEL PROFESIONAL	FIRMA Y CEDULA DEL TRABAJADOR