



Nombre del Trabajador: RODRIGO ZAMORA SARMIENTO

Fecha de nacimiento: 31/05/1981

Edad: 45

Genero: Masculino

Documento: CC 80463280

Fecha de la atencion: 21/07/2026

Hora: 11:45 am

Ciudad: VILLET A CUNDINAMARCA

Administradora: ATENCION A PARTICULARES

Convenio: PARTICULARES

COMENTARIOS: EVALUACIÓN OCUPACIONAL REALIZADA: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR.

EMPRESA MISIÓN: PARTICULARES

CARGO U OFICIO: OPERADOR DE MOTONIVELADORA

HACEMOS CONSTAR QUE HEMOS REALIZADO EXAMEN MEDICO AL TRABAJADOR Y QUE DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE* LA CUSTODIA DE LA HISTORIA CLÍNICA SERÁ RESPONSABILIDAD DE NUESTRA INSTITUCIÓN Y ESTARÁ DISPONIBLE PARA LOS FINES LEGALES PERTINENTES.

EXAMENES REALIZADOS: EXAMEN MEDICO DE SALUD OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR* AUDIOMETRIA* OPTOMETRIA* LABORATORIOS (HEMOGRAMA* CREATININA* ENZIMAS HEPÁTICAS (TGO/AST* TGP/ALT))

RECOMENDACIONES A LA EMPRESA: SUMINISTRAR TODOS LOS EPP NECESARIOS PARA EL CARGO* PERMITIR REALIZAR PAUSAS ACTIVAS* EDUCACIÓN EN HIGIENE POSTURAL* EDUCACIÓN DE RIESGOS DEL CARGO A DESEMPEÑAR* PREVENCIÓN DE ACCIDENTALIDAD* VALIDAR Y ACTUALIZAR VACUNACION DE TOXOIDE TETÁNICO.

RECOMENDACIONES AL TRABAJADOR: USO ADECUADO DE LOS EPP* REALIZAR PAUSAS ACTIVAS 2 VECES POR JORNADA* ESTILO DE VIDA SALUDABLE* EJERCICIO REGULAR* BAJAR DE PESO* DIETA BAJA EN CALORIAS* CONTROL MEDICO OCUPACIONAL ANUAL

INCLUIR EN SVE: ERGONÓMICO.CARDIOVASCULAR

REMISION A EPS: SI

REMISION A ARL: NO

TIPO DE RESTRICCION O CAUSA DE APLAZAMIENTO: NINGUNA

CONCEPTO DE APTITUD:

CUMPLE CON EL PERFIL O LOS REQUISITOS PARA DESEMPEÑAR EL CARGO SIN RESTRICCIONES.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Declaración del trabajador: Certifico que las respuestas dadas por mí en el examen médico, son verídicas y permitieron la elaboración del presente certificado médico: otorgue mi consentimiento libre e informado para la realización de las evaluaciones medicas y pruebas por solicitud de la empresa arriba mencionada y me comprometo a seguir las recomendaciones dadas por el profesional. Recibí copia del concepto médico ocupacional de acuerdo a las evaluaciones medicas, estoy informando que la UNIDAD MEDICA CENTRAL IPS tendrá en custodia mi historia clínica ocupacional, de acuerdo a lo estipulado en la normatividad legal vigente. Autorizo a la UNIDAD MEDICA CENTRAL IPS para suministrarle la información requerida a la empresa para el buen cumplimiento del programa de vigilancia epidemiológica de medicina del trabajo, consignada en el concepto médico y en el diagnostico de salud.

Dra. Patricia Roa B.
MEDICO ESPECIALISTA
EN SALUD OCUPACIONAL

DR. PATRICIA DEL CARMEN ROA BATISTA

CC 22810849

Especialidad: SALUD OCUPACIONAL

Registro: 13012731

N Resol. 24539/2025



RODRIGO ZAMORA SARMIENTO

CC 80463280



Huella