



CLÍNICA LABORAL SAGUIL S.A.S.

Licencia de Salud Ocupacional Res. 25-0442 del 20/05/2019

Calle 8 # 8-103 Ubaté - Cundinamarca
Tel. 855 2613 - Cel. 313 453 5980
info@clnicasaguil.com

Calle 6 # 4 - 80 oficina 302 Samacá - Boyacá
Cel. 3227186701
infosamaca@clnicasaguil.com

www.clinicasaguil.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 42.622

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
15 DÍA	04 MES	2024 AÑO	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	
VILLA DE SAN DIEGO DE UBATE (CUNDINAMARCA, COLOMBIA)				
Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE				
INDEPENDIENTES			INDEPENDIENTES	
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)				
VELASQUEZ BELLO LILIANA			Genero	Edad
Apellidos y Nombres			FEMENINO	42 AÑOS 3 MESES 12 DÍAS
			Documento de Identificación	CC
			Tipo	52812950
			Número	
Cargo				
CONTRATISTA				
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL				
APTO: SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA				
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:				
EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR(CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL)			-----	
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
			USO DE EPP	
			PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES				
HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA- REALIZAR EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO MUSCULAR (PAUSAS ACTIVAS)- REALIZAR EXÁMENES OCUPACIONALES PERIÓDICAMENTE- USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL.				
BIOSEGURIDAD:				
ATENCIÓN BRINDADA AL USUARIO CUMPLE CON LOS LINEAMIENTOS DE BIOSEGURIDAD DADOS POR EL MINISTERIO DE SALUD EN CUANTO A USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, LAVADO DE MANOS Y MEDIDAS DE HIGIENE EN 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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.				
Médico			Aspirante o Trabajador	
Firma:			Firma:	
Nombre: ESPARZA ESPARZA NATALIA			Nombre: VELASQUEZ BELLO LILIANA	
R. M.: 1019044876			CC: 52812950	
L.S.O.: 1381 - 03/02/2017			Código de Seguridad	
			N543T1Z42622	