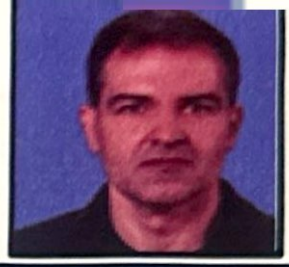
CERTIFICADO MEDICO DE SALUD OCUPACIONAL

Fundacion Integral Siempre Amiga - FUNDISAM IPS
NIT: 901204742-1
Cel: 304 113 9631

Construyendo un Futuro Mejor



1. IDENTIFICACION

Fecha	16/01/2025		
Empresa	INDEPENDIENTE	Nit	
Nombre	JUAN MIGUEL CASTRO ANGARITA		
Documento	88.030.677	Edad	44
Cargo	PROFESIONAL EN APOYO AGROPECUARIO		

2. TIPO DE EXAMEN

	X	Ingreso		Egreso		Periodico		Aplazado
		Trabajo En Alturas		Post - Incapacidad				

3. PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

Evaluacion Medico Ocupacional	X	Perfil Lipidico	
Osteomuscular y Postura	X	Trigliceridos	
Audiometria		Colesterol	
Visiometria		Glicemia	
Espirometria		Screnin Droga	
Vertigo		Serologia	
Parcial de Orina		Psicologicos	

4. RIESGOS OCUPACIONALES / RECOMENDACIONES

SVE Cardiovascular		Uso de EPP	X	Habitos y Estilos de Vida Saludabes	X
SVE Visual		Higiene Postural	X	Control de Peso	
SVE Auditivo		Pausas Activas	X	Autocuidado	X
SVE Respiratorio		Manejo de Cargas			
SVE Psicosocial		Remision a EPS			
SVE Ergonomico		Continuar Manejo Medico			

5. CONCEPTO

	X	Satisfactorio		No Satisfactorio		Con Restrinccion Laboral		Aplazado
		Apto Para el Trabajo en Alturas						

6. OBSERVACIONES

APTO PARA LABORAR

Consentimiento Informado del aspirante o trabajador: Autorizo al doctor(a) abajo mencionadoa realizar mi examen medico ocupacional registrado en este documento. Eldoctor (a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y proposito del examen. He comprendido y he entendido la oportunidad de analizar el proposito, los beneficios, las limitaciones y riesgos del examen medico a partir de la asesoria brindada. Entiendo que la realizacion de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger laconfidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mi en este examen son completas y veridicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislacion vigente la informacion registrada en este documento para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo, y para las situacione contempladas en la misma legislacion, igualmente para que remitan la Historia Clinica a la EPS a la cual me encuentro afiliado. Finalmente, manifiesto que he leido 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.

Dr. Luis Eduardo Saavedra P.
Medico Especialista Salud Ocupacional
Licencia 0.4244

LUIS EDUARDO SAAVEDRA P. - RMSO: 024244

Juan Miguel Castro A.

FIRMA TRABAJADOR - CC

Scanned with CamScanner