SABSALUD IPS S.A.S.
Nit: 901536005-6
Dirección: Cra 6#7-94 barrio centro
Cel: 300 834 6960
Email: Infosabsalud@gmail.com
Zipaquira - cundinamarca



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 12.886

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
24 DÍA	09 MES	2026 AÑO	ZIPAQUIRÁ (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACION DE PRE-INGRESO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES

CIIU (Actividad Económica) del empleador: SIN REGISTRAR

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
CASTELBLANCO RUBIANO EDWIN JAVIER	MASCULINO	49 AÑOS 0 MESES 6 DÍAS	CC (Tipo)	80541951 (Número)

Cargo: INDEPENDIENTE

EPS	AFP	ARL
COMPENSAR	PORVENIR	SURA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIÓN PARA REALIZAR SU LABOR

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:

EVALUACION DE PRE-INGRESO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR MEDIAS ANTIVÁRICES : COMPRESION BAJA	LAVARSE LAS MANOS CON AGUA Y JABÓN DESINFECTANTE, ANTES DURANTE Y AL FINALIZAR SUS ACTIVIDADES	HÁBITOS SALUDABLES
	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ASIGNADOS A SU LABOR.	CONTROL DE PESO
	PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	SE RECOMIENDA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS	SE RECOMIENDA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
		REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA 150 MIN / SEMANA SEGUN INDICACIÓN MEDICA Y TOLERANCIA
		SE RECOMIENDA MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA

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

Firma:

Nombre: CC: 1075668859 - CAMILA ALEJANDRA NIETO

R. M.: 1075668859 L.S.O.: 25-0237

Código de Seguridad R1482X1D12886

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: CASTELBLANCO RUBIANO EDWIN JAVIER

CC: 80541951

Powered by CamScanner