CLÍNICA LABORAL SAGUIL S.A.S.
Licencia de Salud Ocupacional Res. 25-0442 del 20/05/2019
NIT: 901.258.116-2
Ubaté, Cundinamarca | **Samacá, Boyacá**
Dir: Cll 8 # 8-103 | **Dir:** Cll 6 # 4-80 of. 302
Tel: 855 2613 - **Cel:** 313 453 5980 | **Cel:** 322 718 6701
Correo: info@clinicasaguil.com | **Correo:** infosamaca@clinicasaguil.com
www.clinicasaguil.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 67.275

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
11 DÍA	08 MES	2026 AÑO	VILLA DE SAN DIEGO DE UBATE (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACION MEDICA DE PRE-INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
MUNICIPIO DE UBATE	MUNICIPIO DE UBATE

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

8412 - ACTIVIDADES EJECUTIVAS DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

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	
CONTRERAS TORRES INGRID VANESA	FEMENINO	24 AÑOS 4 MESES 27 DÍAS	CC (Tipo)	1007415693 (Número)

Cargo

PROFESIONAL UNIVERSITARIO

EPS	AFP	ARL
FAMISANAR	COLPENSIONES	SURA

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:

AUDIOMETRIA	✓	RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA	✓
EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR(CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL)	✓	PERFIL LIPIDICO (COLESTEROL, COLESTEROL TOTAL HDL LDL VLDL Y TRIGLICERIDOS)	✓
OPTOMETRIA (CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OPTOMETRIA)	✓	GLICEMIA EN AYUNAS	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES GENERALES:
-EJERCICIO CARDIOVASCULAR PERIÓDICO
-HÁBITOS ALIMENTARIOS DIETA BALANCEADA
-CONTROL MÉDICO PREVENTIVO

RECOMENDACIONES LABORALES:
-EXAMENES OCUPACIONALES PERIÓDICOS SEGÚN SST DE LA EMPRESA
-REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL (EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO MUSCULAR)
-CAPACITACIÓN DE HIGIENE POSTURAL Y MANEJO DE COLUMNA
-USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN FACTORES DE RIESGO OCUPACIONAL

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS:
-CONTINUAR USO PERMANENTE DE LENTES DE CORRECCIÓN VISUAL POR PRESENTAR VISIÓN DISMINUIDA SIN EL USO DE GAFAS.
-EXAMEN OSTEOMUSCULAR Y DEMÁS COMPLEMENTARIOS SIN ALTERACIONES.

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: Natalia Esparza Médico Especialista Salud Ocupacional Registro 1381	Código de Seguridad W543C1I67275	Firma: 1007415693
Nombre: CC: 1019044876 - NATALIA ESPARZA		Nombre: CONTRERAS TORRES INGRID VANESA
R. M.: 1019044876 L.S.O.: 1381 - 03/02/2017		CC: 1007415693