MAISO I.P.S S.A.S
TU SALUD ES NUESTRA PRIORIDAD.
CUMPLE TU SUEÑO DE VOLAR.

Código de validación: 8325558756549207000

CERTIFICADO MÉDICO Preocupacional FECHA: 02/09/2025

NOMBRES Y APELLIDOS: DIEGO JOSE MENDOZA SANTACRUZ	**EDAD:** 29
TIPO DE DOCUMENTO: Cédula de ciudadanía	**N° DOCUMENTO:** 1144087444
CARGO: ABOGADO CONTRATISTA	**GÉNERO:** Masculino
EMPRESA: PARTICULAR	**TELÉFONO:** 573197050929
CIUDAD: BOGOTA	**DIRECCIÓN:** AV CALLE 32 # 13-83 APTO 1501 TORRE 5

SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA:
Desordenes musculoesqueléticos (DME), Riesgo psicosocial,

AYUDAS DIAGNÓSTICAS:

ÉNFASIS:

OSTEOMUSCULAR: Normal

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL:

De acuerdo con el examen ocupacional realizado a DIEGO JOSE MENDOZA SANTACRUZ , con documento N° 1144087444 , en el día 02/09/2025. Se considera No presenta restricción para desempeñar la ocupación de ABOGADO CONTRATISTA

RECOMENDACIONES GENERALES:

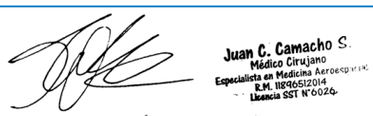
implementar hábitos y estilo de vida saludables, alimentación balanceada, adecuada hidratación oral, actividad física regular, asistir periódicamente a consulta preventiva en su EPS.

CONDUCTAS OCUPACIONALES:

De acuerdo con los hallazgos clínicos y el examen médico realizado, paciente no presenta alteraciones médicas que interfieran en el adecuado desarrollo de su actividad laboral. Se recomienda implementar medidas de trabajo seguro, haciendo énfasis en los principales riesgos asociados a su cargo.
Higiene postural de acuerdo al cargo a desempeñar
Capacitar en higiene postural y cuidados de espalda
El empleador debe de manera periódica inspeccionar puesto de trabajo
Ejecutar un adecuado programa de pausas activas y pasivas de manera periódica durante la jornada laboral
Capacitación en la prevención de riesgos propios del trabajo, en notificar cualquier incidente o accidente laboral y acatar recomendaciones del programa de seguridad y salud en el trabajo de la empresa
Adoptar estilos de vida saludable, ejercicio, dieta balanceada en fibra, frutas, vegetales, baja en azucares, carbohidratos y grasas
Uso de elementos de protección personal de acuerdo al cargo a desempeñar

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TRABAJADOR:

De acuerdo con lo contemplado en las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de junio 5 de 2009 del ministerio de protección social, las evaluaciones medicas ocupacionales tiene como objeto monitorear la exposición a factores de riesgo ocupacional e identificar las posibles alteraciones de la salud de los trabajadores; así fortalecer los sistemas de vigilancia epidemiológica mediante los programas de promoción y prevención de la salud.
Autorizo al médico ocupacional, quien firma este certificado a realizar el presente examen médico ocupacional y pruebas complementarias a las que haya lugar. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas, que no omito información relevante que pudieran influir sobre mi estado de salud y me comprometo a informar en forma veraz y oportuna a mi empleador cualquier cambio que pueda presentarse en las mismas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendo las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.



FIRMA DEL MÉDICO
NOMBRE: Juan C. Camacho S.
REGISTRO MÉDICO: 11 8965/2014 - 1018412861
LICENCIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO: 6026 del 09/05/2018

FIRMA DEL TRABAJADOR
NOMBRE: DIEGO JOSE MENDOZA SANTACRUZ
DOCUMENTO: 1144087444