



PORSALUD S.A.S

Tel: 800.230.659-1

Calle 145 A # 94A - 17 - BOGOTÁ 601 746 2603 - 601 746 2753 - 315 7096150 - Bogotá

Cra 36 # 34 - 71 Barzal Tel: (608) 6458053 - 316 532 4324 Villavieja

Web: www.porsaludips.com



N° 104401

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN

TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL

22
DÍA
07
MES
2025
AÑO

BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS
OSTEOMUSCULAR DE INGRESO

Ciudad

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

PARTICULAR

PARTICULAR

Nombre de la empresa

Empresa en misión

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

TALERO PALACIOS WILLIAM ROBERTO

Sexo

Edad

Documento de Identificación

MASCULINO

39 AÑOS 10
MESES 0 DÍAS

CC

80854250

Apellidos y Nombres

Tipo

Número

Cargo:
CONDUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RESTRICCIONES LABORALES

Observaciones: NO APLICA

NO SE EVALUARÁN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

N/A

RESTRICCIONES LABORALES

TIPO

RECOMENDACIONES

SIN RESTRICCIONES LABORALES

NINGUNA

NINGUNA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR DE
INGRESO



RECOMENDACIONES MÉDICAS

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES

VALORACIÓN POR EPS, MEDICINA GENERAL POR
SANTOYOLOGÍA DE RODILLAS

USO DE EPP

DIETA BALANCEADA

PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

HÁBITOS SALUDABLES

SVE OSTEOMUSCULAR

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE RECOMIENDA HIGIENE POSTURAL / SE RECOMIENDA CONDUCCIÓN A LA DEFENSIVA/ SE RECOMIENDA CONducir CON VENTANA IZQUIERDA CERRADA REPOSO AUDITIVO EXTRA LABORAL/ REALIZAR CAMBIO DE POSICIÓN PERIÓDICAMENTE/ REALIZAR EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO DE PIERNAS PARA FAVORECER EL RETORNO VENOSO/ REALIZAR PAUSAS ACTIVAS PERIÓDICAS/REALIZAR EJERCICIOS VISUALES PERIÓDICOS/ EVITAR LAS DISTRACCIONES AL CONducir/ MIENTRAS SE CONduce EVITAR LA MANIPULACIÓN DEL CELULAR Y/O OTROS ELEMENTOS QUE ENTORPEZCAN LA HABILIDAD DE MANEJO / EVITAR EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS O DE SUSTANCIAS QUE AFECTEN A LA HABILIDAD AL VOLANTE/ CUMPLIR CON EL PROGRAMA DE SISTEMA DE GESTIÓN Y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA /EL TRABAJADOR NO PRESENTA ALTERACIONES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y NO REFIERE SINTOMATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR.

Declaro que el doctor mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen, he comprendido y he tenido la oportunidad de consultar al propio doctor, beneficios, la interpretación, limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tengo la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y veraces y fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados por tanto autorizo que se suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, los datos registrados 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.

Manifiesto que he dado información verdadera sobre mi estado de salud y mis antecedentes personales que no he omitido ningún dato de importancia y autorizo al personal médico de la EPS a que se me practique el examen físico necesario. He leído y acepto los términos de los consentimientos informados incluyendo (Venopunción, HIV, PepsActivos) De igual manera, certifico que he sido razonablemente informado sobre los resultados de mi valoración ocupacional y las medidas de prevención que debo tomar. He leído y comprendido perfectamente lo anterior y soy plenamente capaz de expresar mi consentimiento.