



# SIO SALUD INTEGRAL SAS

Nit: 901.545.738-4

Dirección: Cra 49B No 91-91 Barrio la castellana

Correo electrónico: siosaludintegral@gmail.com

Telefono: 3123530163 - 6016755655



## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 14.056

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
30 DÍA	05 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
A DE SERVICIOS GENERALES Y OPERADORES LOGISTICOS SEAL LO				DE SERVICIOS GENERALES Y OPERADORES LOGISTICOS SEAL L			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
PEDRAZA ROZO ORLANDO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	55 AÑOS 2 MESES 4 DÍAS	CC	79541057
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo <b>CONDUCTOR</b>							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL <b>APTO CON RECOMENDACIONES MEDICAS</b>							
Observaciones: <b>NO APLICA</b>							
N/A		NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)					
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA	
<b>El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:</b>							
OPTOMETRÍA				AUDIOMETRIA			
EVALUACION OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR				PRUEBA PSICOMETRICA			
PREINGRESO							
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL : USO DE LENTES PARA EL DESARROLLO DE SU LABOR			USO DE EPP			HABITOS SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO			SVE VISUAL			CONTROL DE PESO	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO			SVE CARDIOVASCULAR			HACER DEPORTE : REALIZAR EJERCICIO	
			PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			CARDIOVASCULAR : 3 VECES POR SEMANA	
						DIETA BALANCEADA : ALIMENTACIÓN SANA Y	
						BALANCEADA, RICA EN PROTEÍNAS, BAJA EN SAL, BAJA EN GRASAS Y BAJA HARINAS.	
<b>OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES</b>							
USO PERMANENTE DE GAFAS PARA CORREGIR LAS ALTERACIONES VISUALES Y OPTIMIZAR LA CALIDAD DE VISIÓN. NO USO DE HISOPOS, CONDUCIR CON VENTANILLA ARRIBA.							
ENFASIS METABOLICO: LIMITAR EL CONSUMO DE AZÚCARES SIMPLES Y GRASAS SATURADAS Y TRANS. INCLUIR AL MENOS CINCO RACIONES DIARIAS DE FRUTAS Y VERDURAS. CONSUMIR CEREALES INTEGRALES, LEGUMBRES Y FRUTOS SECOS PARA AUMENTAR LA FIBRA Y MEJORAR LA SACIEDAD. REALIZAR AL MENOS 150 MINUTOS DE ACTIVIDAD AERÓBICA MODERADA A LA SEMANA, COMPLEMENTADA CON ENTRENAMIENTO DE FUERZA. BEBER AL MENOS DOS LITROS DE AGUA AL DÍA. EVITAR BEBIDAS HIPERCALÓRICAS Y LIMITAR EL CONSUMO DE ALCOHOL. EVITAR COMIDAS RÁPIDAS Y RESTAURANTES FRECUENTEMENTE. IMPLEMENTAR TÉCNICAS PARA MANEJAR EL ESTRÉS, COMO MEDITACIÓN O YOGA. REÚNE LAS CONDICIONES PSICOFÍSICAS Y DE PERSONALIDAD EN UN BUEN NIVEL PARA DESARROLLAR LA LABOR DE CONDUCCIÓN DE VEHÍCULOS AUTOMOTORES, LO QUE PREVE UN BUEN DESEMPEÑO.							

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: FLORES REQUENA JOSE FERNANDO

R. M.: 8509

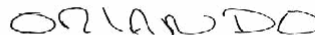
L.S.O.: 8509 DE 14/12/2022

Código de Seguridad

**Q1142W1C14056**

### Aspirante o Trabajador

Firma:



Nombre: PEDRAZA ROZO ORLANDO

CC: 79541057