



Nit. 900773537-4
Habilitación No DHS677524

Sede Sur
ISO 722
Tel. 379 5951 Cel. 301 788 9281
Carrera 73 # 6-15 Barrio Capri
gerencia@grupomedicolaboral.com / www.grupomedicolaboral.com

Sede Norte
ISO 13801
Tel. 348 2061 Cel. 302 344 0266
Calle 44 Norte No 4N- 43 Barrio La Flora



Nº 34.175

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN	TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL						
04 DÍA	11 MES	2022 AÑO	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR			
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULARES CONTADO			PARTICULARES				
Nombre de la empresa			Empresa en misión				
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)							
SUAREZ GARCIA BLAY MARIO			Genero	Edad	Documento de Identificación		
Apellidos y Nombres			MASCULINO	42 AÑOS 1 MESES 1 DÍAS	CC	14839003	
					Tipo	Número	
Cargo CONDUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL CONDICIONES DE SALUD QUE NO INTERFIEREN CON LA CAPACIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR Y LOS REQUERIMIENTOS DEL PERfil DEL CARGO							
Observaciones: NO APLICA							
APTO	SIN PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR						
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO	RECOMENDACIONES				
SIN RESTRICCIONES LABORALES		NO APLICA	NO APLICA				
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
VISIOMETRIA OCUPACIONAL			✓	EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR			✓
PANEL DE 2 DROGAS DE ABUSO (MARIHUANA, COCAINA)			✓	TEST DE ALCOHOL EN SALIVA			✓
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : CONTINUAR CON SU PROGRAMA DE PYP EN SU IPS		USO DE EPP PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL OTROS			HABITOS SALUDABLES FORTALECIMIENTO MUSCULAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
1. APLICAR NORMAS DE HIGIENE, SEGURIDAD, Y AUTO CUIDADO, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS PERIÓDICAS, 2. ACATAR DIRECTRICES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO. 3. REALIZAR EJERCICIO CARDIOVASCULAR REGULAR, DIETA BALANCEADA, CONTROL DE PESO. 4. CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA 5. CONTROL POR PROGRAMA DE RIESGO CARDIOVASCULAR DE SU EPS							
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:



Dra. Sandra M. Mabesooy J.
Especialista en Gerencia de la Seguridad
y Salud en el Trabajo.
R.M. 1 220-54 20163

Nombre: MABESOY JIMENEZ SANDRA MILENA

R. M.: 29119751

L.S.O.: 0163



Código de Seguridad

V602B1H34175**Aspirante o Trabajador**

Firma:



Nombre: SUAREZ GARCIA BLAY MARIO

cc: 14839003