



EMPRESARIAL SALUD COLOMBIA SAS

NIT: 900514854-4  
Cra 72 C # 23 F- 22 1er. piso, barrio Modella  
Bogota, Colombia  
e-mail: gerencia@gruposoc.com.co



N° 9.284

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

|  |           |  |   |   |                             |
|--|-----------|--|---|---|-----------------------------|
| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN   |           |  | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL                                 |   |                             |
| 23<br>DÍA  | 04<br>MES | 2024<br>AÑO  | EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS<br>OSTEOMUSCULAR DE INGRESO |   |                             |
| BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)   |           |  |   |   |                             |
| Ciudad   |           |  |   |   |                             |
| DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA 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 Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)  |           |  |   |   |                             |
| BARAHONA GARCIA MAURICIO ANTONIO   |           |  | Genero  | Edad  | Documento de Identificación |
| Apellidos y Nombres  |           |  | MASCULINO   | 45 AÑOS 5 MESES<br>2 DÍAS   | CC 7335053                  |
|  |           |  |   | Tipo  | Número                      |
| Cargo  |           |  |   |   |                             |
| CONDUCTOR  |           |  |   |   |                             |
| CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL  |           |  |   |   |                             |
| 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:   |           |  |   |   |                             |
| CONSULTA MEDICINA OCUPACIONAL OSTEOMUSC - INGRESO ✓  |           |  |   |   |                             |
| RECOMENDACIONES MÉDICAS  |           | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES  |   | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES   |                             |
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO : POR<br>PREVENCIÓN Y PRECAUCIÓN  |           | USO DE EPP : SEGUN PUESTO DE TRABAJO   |   | HABITOS SALUDABLES : ADOPTAR HABITOS<br>ALIMENTICIOS Y EJERCICIOS DE RUTINA   |                             |
| AUDIOMETRIA DE CONTROL EN UN AÑO : POR<br>PREVENCIÓN Y PRECAUCIÓN  |           | PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : CADA 4<br>HORAS DURANTE 10-20 MINUTOS<br>SVE OSTEOMUSCULAR |   | CONTROL DE PESO : 1 VEZ AL MES  |                             |
|  |           | CAPACITACIÓN : HIGIENE POSTURAL Y LAS QUE<br>BRINDE LA EMPRESA CONTRATANTE                     |   | HACER DEPORTE : AL MENOS 30 MINUTOS DIARIOS 3<br>-4 VECES POR SEMANA<br>DIETA BALANCEADA : BAJA EN GRASAS SATURADAS ,<br>AZUCARES Y CARBOHIDRATOS |                             |
| OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES  |           |  |   |   |                             |
| 1.HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE<br>2.DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE<br>3. PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL<br>4. CAPACITACION EN HIGIENE POSTURAL Y MANEJO DE COLUMNA<br>5. CUMPLIR NORMAS DE SEGURIDAD INDUSTRIAL<br>6. INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO DE ACUERDO CON LOS RIESGO EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA<br>7. SEGUIR RECOMENDACIONES MEDICAS   |           |  |   |   |                             |
| 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. |           |  |   |   |                             |