

**Certificado Médico Ocupacional**

Código Prestador: 110010653704

NIT: 830029102

Dirección: CARRERA 15 N. 103-37 Piso 2

Teléfono: 4320260

Correo Electrónico: conceptos@soandes.co

SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero
2017**INFORMACIÓN GENERAL**

Ciudad: BOGOTA
No. Ingreso: 493647
Nombre: SAUL ERNESTO ACERO FLOREZ
Cargo: GERENTE OPERATIVO
CC: 13746626
Sede: Sede 103

Fecha y hora de ingreso: 2025-01-14 08:02
Fecha y hora de salida: 2025-01-14 11:15
Empresa Convenio: Importrans Radiactivos Ltda
Empresa Contratante: Importrans Radiactivos Ltda
Tipo de Examen: Periódico
Empresa en misión: Importrans Radiactivos Ltda



El presente CONCEPTO DE APTITUD LABORAL se definió a partir de la evaluación médica ocupacional y/o los siguientes exámenes practicados:

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Paraclinicos	Resultado
Consulta De Primera Vez Por Optometría	Realizado
Audiometría De Tonos Puros Aéreos Y Óseos Con Enmascaramiento [audiometría Tonal]	Realizado
Prueba Psicosensométrica De Coordinacion Motriz	Realizado
Consulta De Primera Vez Por Especialista En Medicina Del Trabajo - Periodico	Realizado
Laboratorios	Resultado
Hemograma Iii (Hemoglobina Hematocrito Recuento De Eritrocitos Índices Eritrocitarios Leucograma Recuento De Plaquetas Índices Plaquetarios Y Morfología Electrónica) Automatizado	Realizado
Recuento De Reticulocitos Metodo Manual	Realizado
Glucosa En Suero U Otro Fluido Diferente A Orina	Realizado
Transaminasa Glutámico-Pirúvica [alanino Amino Transferasa]	Realizado
Transaminasa Glutámico Oxalacética [aspartato Amino Transferasa]	Realizado
Creatinina En Suero U Otros Fluidos	Realizado
Hormona Estimulante Del Tiroides	Realizado
Tiroxina Total	Realizado
Triyodotironina Total	Realizado
Perfil Lipidico	Realizado
Vacunas	
TOXOIDE TETANICO	

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Puede continuar realizando la labor

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL REALIZADA CON ENFASIS ESPECÍFICO EN**Osteomuscular:** Realizado**EVALUACION MÉDICA OCUPACIONAL REALIZADA A UNA ACTIVIDAD DE RIESGO ESPECIFICO****Seguridad Vial** Cumple para seguridad vial**RECOMENDACIONES MÉDICAS**

Higiene postural y realización de pausas activas durante la jornada laboral, seguir lineamientos de bioseguridad y de uso de protección personal de la empresa. Autocuidado con actividad física tres a cinco veces por semana y hábitos saludables que incluya dieta baja en azúcares, grasas, harinas y procesados.

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

- Osteomuscular - pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.
- Control periódico ocupacional.
- Uso de elementos de protección personal de acuerdo al cargo.
- General - adherir integralmente a las recomendaciones y lineamientos específicos emitidos por el ministerio de salud.

RECOMENDACIONES DE HABITOS SALUDABLES

- Actividad física regular de 150 minutos semanales, repartidos en 3 sesiones a la semana.
- Adoptar y mantener hábitos nutricionales saludables y de control de peso.
- Uso de EPP según exposición a factores de riesgo específicos.

RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES ESPECÍFICAS

NINGUNA

VIGENCIA(Temporalidad)

No aplica

OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS EMPRESA

INCLUIR EN PROGRAMAS DE VIGILANCIA DE ACUERDO A LOS RIESGOS LABORALES PRIORITARIOS PARA EL CARGO DEFINIDOS EN LA MATRIZ DE RIESGOS DE LA EMPRESA.

Sede 103

Dirección: CARRERA 15 N. 103-37 Piso 2 Telefono: 4320260

**Certificado Médico Ocupacional**

Código Prestador: 110010653704

NIT: 830029102

Dirección: CARRERA 15 N. 103-37 Piso 2

Teléfono: 4320260

Correo Electrónico: conceptos@soandes.co

SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero
2017**RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS AL TRABAJADOR**

- Continuar o adoptar hábitos y estilos de vida saludable.

EL MÉDICO EVALUADOR CERTIFICA QUE COMUNICÓ AL ASPIRANTE Y/O TRABAJADOR INSCRITO LAS RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES ANOTADAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO Y VERIFICÓ QUE EL MISMO ENTIENDE Y ACEPTA LAS MISMAS

CERTIFICO QUE EN MI CALIDAD DE ASPIRANTE Y/O TRABAJADOR HE RECIBIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI CONDICIÓN ACTUAL DE SALUD BASADO EN LA EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL QUE ME FUE PRACTICADA A LA FECHA, ASÍ MISMO DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO AL MEDICO EVALUADOR ES VERIDICA Y PUEDE SER CONFIRMADA. ENTIENDO Y ACEPTO EL PRESENTE CONCEPTO

Profesional: JENNY LORENA GONZALEZ GUERRERO
Identificación: CC 1032461463
Reg. Médico: 1013670811
Licencia Ocupacional: Lic. 007459/2023

Paciente: SAUL ERNESTO ACERO FLOREZ
CC: 13746626