



UNIDAD MÉDICA BOSA NOVA IPS
NIT 901458228-7
CÓDIGO DE HABILITACIÓN S.D.S: 1100137378-01
LIC. SALUD OCUPACIONAL: RESOLUCIÓN 9782 DEL 02/07/2021
Calle 62 Sur No 87B-22 Bosa Nova - Tropezon - Bogotá D.C.
Cel. 3102802760 - Tel. 7846348 - Email. unidadmedicabosanova@gmail.com



N° 959

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
27	09	2021	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO	
DÍA	MES	AÑO	Ciudad		
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
PARTICULARES			PARTICULAR		
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)					
PEREZ TIRADO NALSY TATIANA				Genero	Edad
Apellidos y Nombres				FEMENINO	19 AÑOS 5 MESES 17 DÍAS
Carga				CC	1000336247
ESTUDIANTE				Tipo	Número
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL					
APTO PARA LABORAR. CON DEFECTO FÍSICO QUE NO AFECTA LA LABOR ASIGNADA.					
Observaciones: MIOPIA SIN CORRECCION- PESO BAJO					
N/A NO SE EVALUARON 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:					
VISIOMETRÍA		EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTE		USO DE EPP		FORTALECIMIENTO MUSCULAR	
VALORACIÓN POR EPS : OPTOMETRIA- NUTRICION		SVE VISUAL		HACER DEPORTE	
		PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
PREVIAS					
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			Aspirante o Trabajador		
Firma: Dra. Julieth Garay Urbina			Firma: Nalsy Tatiana Perez		
Nombre: GARAY URBINA JULIETH ANDREA			Nombre: PEREZ TIRADO NALSY TATIANA		
R. M.: 1033765179			CC: 1000336247		
L.S.O.: 987 DE 27 ENERO 2021			Código de Seguridad		
			E895K1Q959		