CORSANEMOS LTDA. IPS
Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST

NIT. 830099865-0
Calle 46 # 27 - 23, Bogotá - Colombia
Cel. 3108540785 - 3214467719 - Tel. 3689790/87 - 4006586/87
E-mail. info@corsanemos.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 27.349

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
20 DÍA	09 MES	2021 AÑO	BOGOTÁ (COLOMBIA, BOGOTÁ D.C.) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULAR	PARTICULAR
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadania, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

GARCIA COSME FABIO NELSON	Genero: MASCULINO	Edad: 40 AÑOS 6 MESES 0 DÍAS	Documento de Identificación: CC	80122372
Apellidos y Nombres	Teléfonos: 3125543145		Tipo	Número

Cargo
PSICOLOGO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones: *NINGUNA*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) **N/A**

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

MEDICINA OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTE	USO DE EPP	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	
	CAPACITACIÓN : HIGIENE POSTURAL, BIOSEGURIDAD Y USO DE EPP	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

1. INGRESAR AL PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.
2. CAPACITACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y MANEJO DE COLUMNA.
3. CUMPLIR MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL.
4. INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ACUERDO A LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA.
5. RECOMIENDO VALORACIÓN ANUAL POR OPTOMETRÍA Y USO CORRECCIÓN VISUAL

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: JARAMILLO BUENAVENTURA KIMBERLY JOHAI

R. M.: 11 3698/2010 L.S.O.: 2741/2017

Código de Seguridad
U288A1G27349

Aspirante o Trabajador

21/09/2021 Riesgo 4

Firma:

Nombre: GARCIA COSME FABIO NELSON

CC: 80122372

Escaneado con CamScanner