

# CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

Fecha de impresión: 2022/06/21 01:36:41 pm

TIPO EXAMEN: INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR  
FECHA EXAMEN: 2022-06-21 13:25:07

## DATOS DE INSTITUCIÓN

Nombre:	FUNDACION MEDICA MIRA TU SALUD
Dirección:	BOGOTA
e-mail:	coordinacionso@miratusalud.com.co
Nit:	830104032-4
Teléfonos:	4173131



## IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres Y Apellidos	KATHERINE VIVIANA MUÑOZ CRUZ				Identificación	CC	1030612521
Fecha de nacimiento	1992-02-16	Edad	30	Telefonos	3117509907		
Dirección	CR 80 40 C 40 SUR	Municipio	Bogotá, D C	EPS	Nueva E P S		
ARL	NINGUNA	Fondo de Pensiones	PORVENIR S A				

## DATOS EMPRESA

EMPRESA CONTRATANTE	ATENCION A PARTICULARES	EMPRESA USUARIA	NO APLICA
CARGO	FACTURACION	FECHA DE INGRESO	

## EXAMENES REALIZADOS

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL		
------------------------------	--	--

## CONCEPTO DE APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL	APTO PARA EL CARGO	
CONCEPTO ESPECIFICO 1	NO APLICA	
CONCEPTO ESPECIFICO 2	NO APLICA	
RESTRICCIÓN	NO APLICA	
REUBICACIÓN	NO APLICA	
REMISION EPS	NO	

## RECOMENDACIONES

INDUCCIÓN ESPECÍFICA AL CARGO O REINDUCCIÓN	SI	
ACONDICIONAMIENTO FÍSICO O PAUSAS ACTIVAS	SI	
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	SI	
HIGIENE POSTURAL Y/O MANEJO DE CARGAS	SI	
VALORACIÓN OCUPACIONAL O PARACLÍNICOS PERIÓDICOS	SI	
CHEQUEOS POR EPS Y HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE	SI	
OTRAS	SI	SE SUGIERE MANTENER HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, ESTIMULAR ACTIVIDAD FÍSICA CARDIOVASCULAR -SE SUGIERE COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACIÓN COVID 19-SE SUGIERE USO CONTINUO DE FORMULA VISUAL DURANTE LA JORNADA LABORAL CONTROL CON OPTOMETRIA ANUAL

"Certifico que la información por mí aportada es veraz y que fui informado acerca de la confidencialidad de la misma, así como de los resultados de los exámenes paraclínicos practicados de acuerdo con los términos de la Resolución 2346 de 2007 y en especial la Resolución 1918 de 2009 del Ministerio de la Protección Social. En ese sentido Autorizo a la

# CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

Fecha de impresión: 2022/06/21 01:36:41 pm

Fundación Médica Mira Tu Salud a realizar los exámenes clínicos y paraclínicos pertinentes, a mantener dentro de su archivo de historias clínicas de Salud Ocupacional y con fines estrictamente médicos, el original y/o copia de mi historia clínica ocupacional y además a suministrarla a las entidades administrativas o judiciales autorizadas por la ley, en especial a las del sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP y juntas de calificación de invalidez) que las requieran, como parte del proceso de calificación de origen de enfermedad y/o accidente, así como para calificación de la pérdida de la capacidad laboral, también a proporcionar la información de los resultados de mis exámenes paraclínicos con el fin de que la empresa contratista implemente y ejecute los SVE respectivos."



LEONARDO BOHORQUEZ GARCIA

RM: 1030524941

Firma y sello del médico evaluador

Katherine V. Lopez C.

CC 1030612521

Firma del trabajador evaluado

