CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



UNIMOS SALUD SAS
NIT: 900615719-1
11001

EXAMEN MEDICO ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Certificado de aptitud: 1022413496-91092

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	17/05/2023 - BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	DANIEL ANDRES BOHORQUEZ GENOY	**Identificación:**	1022413496
Género	MASCULINO **Edad:** 27	**Teléfono**	NO REPORTA **Móvil:** 3205746192
Fecha Nacimiento:	8/03/1996	**Cargo:**	TECNOLOGO ELECTRICO
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección	CLL 44 A SUR 68 C 10	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	UNIVERSITARIO	**AFP:**	PORVENIR S.A.
Empresa	PARTICULAR -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL	CAPACITAR EN HIGIENE POSTURAL,PAUSAS ACTIVAS, SEGURIDAD VIAL,USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGÚN LA EXPOSICION A RIESGO, AUTOREPORTE DE CONDICIONES INSEGURAS Y ACCIDENTALIDAD. FOMENTAR ESTILO DE VIDA SALUDABLE Y MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD. PACIENTE SIN CRITERIOS MEDICOS PARA COVID-19. REALIZAR CAPACITACIONES DE ACUERDO AL CARGO, USO PERMANENTE DE TAPABOCAS, LAVADO FRECUENTE DE MANOS, DISTANCIAMIENTO SOCIAL, USO DE MEDIAS ANTIVARICE
ENFASIS OSTEOMUSCULAR POR MEDICO	HIGIENE POSTURAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

INGRESO SATISFACTORIO.

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente

NO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

NO

Información de Remisiones

NO

Acepto las anteriores valoraciones médicas y paraclínicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera. No he ocultado ninguna información útil e importante para establecer con certeza mi estado de salud. Autorizo a UNIMOS SALUD a enviar este certificado a la empresa que lo solicito y hago constar que fui tratado ética y profesionalmente por todo el personal que me atendió en la instancia médica. Comprendo con claridad los conceptos y procedimientos efectuados. Expreso mi conformidad con su contenido y entiendo que la realización de los exámenes es voluntaria y puedo desistir de dicha realización en cualquier momento. Fui informado de la custodia y confidencialidad del manejo de la historia clínica (Resolución 2346 del 2007 art 16) y de la política de tratamiento de mis datos personales (ley estatutaria 1581 del 2012).

Esp. Salud Ocupacional
C.C. 53.015.470

DEYANIRA MOSQUERA GOMEZ
Médico Especialista en Salud Laboral

DANIEL ANDRES BOHORQUEZ GENOY 1022413496
Firma y cédula del Paciente

25-1527/2016
235959/2012