CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR



FECHA DE EXAMEN 16/05/2023 9.21 AM

TIPO EXAMEN: PERIODICO ENFASIS OSTEOMUSCULAR

DATOS DE INSTITUCION

Nombre:	HELP OCUPACIONAL SAS	**Nit:**	900479126
Dirección:	CRA. 18A No.53-50 CS 101	**e-mail:**	recepcionhelpocupacional@gmail.com
Teléfonos:	(571) 631 5344 - 350 521 1627	**Sede:**	BOGOTA

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres	WILMAN GABRIEL			**Apellidos**	BARON DIAZ				
Identificación	CC	79684272	**Edad**	49 Años	**Genero**	M	**Grupo sanguineo**		A -
Procedencia	**Lugar de nacimiento**	NEIVA HUILA			**Fecha de nacimiento**	04/10/1973	**Estrato**		4
Estado civil	Casado (a)	**Escolaridad**	Profesional		**Teléfonos**	3107653503			
Departamento	Bogotá, D.C.	**Municipio**	Bogotá, D.C.		**Dirección**	CARRERA 17 173 52			
EPS	COMPENSAR E.P.S.								
ARL	NO REFIERE			**Fondo de Pensiones**	PORVENIR S.A.				

DATOS EMPRESA

EMPRESA	CONSULTORES DE DESARROLLO TERRITORIAL SAS	**EMPRESA USUARIA**	NO APLICA
CARGO	GERENTE		
FECHA DE INGRESO		**JORNADA DE TRABAJO**	DIURNO

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN OPTOMETRIA	EXAMEN AUDIOMETRIA	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR

CONCEPTO DE APTITUD

CONCEPTO	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO CON RECOMENDACIÓN / APTO PARA EL CARGO
OBSERVACIONES	NO PRESENTA SINTOMAS, NO SE EVIDENCIAN SIGNOS PARA SARSCOV2-COVID19 EN EL MOMENTO DEL EXAMEN
RECOMENDACIONES	CONTINUAR CONTROL ENDOCRINOLOGIA EN EPS / HIGIENE POSTURAL / USO DE LENTES PERMANENTES

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL (GENERALES)

OCUPACIONALES

Higiene postural	Pausas Activas

"El examinado certifica que no omitió dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta"



MAYRA ESMERALDA RAMOS HERNANDEZ
C.C 1032358700 RM: 7122-2013
Firma y sello del Médico Evaluador

WILMAN GABRIEL BARON DIAZ
C.C 79684272
Firma del trabajador Evaluado

