BIOMEDICAL COLOMBIA SAS
LICENCIA SST Res N° 6022/2018 según Res N°2346 MPS
3167835660
info@biomedicalcolombia.com
www.biomedicalcolombia.com

BIO MEDICAL
CENTRO MEDICO LABORAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
02/02/2023			BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C.)	**PREOCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR CON ENFASIS EN ALTURAS**
Dia	Mes	Año	Ciudad	

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

Nombre de la empresa	Orden medica N°
PARTICULAR	20743

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

Nombres y Apellidos	Genero	Edad	Documento de Identificación	
JORGE NOVOA VIRACACHA	MASCULINO	55 AÑOS	CC	5935346

Cargo a desempeñar:	MAESTRO DE CONSTRUCCION

CONCEPTO DE APTITUD	APTO PARA EL CARGO, PUEDE LABORAR EN ALTURAS
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS	SI

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	✓	PERFIL LIPIDICO-GLICEMIA	✓
PRUEBAS NEUROLOGICAS CLINICAS	✓	PSICOTEST DE ALTURAS	✓
OPTOMETRIA	✓	AUDIOMETRIA	✓

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USO DE EPP	HÁBITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLES
PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
CAPACITACIÓN E INDUCCIÓN	HACER DEPORTE
	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTES IDENTIFICADAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID 19 SEGÚN CIRCULAR 030 DE 2020

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 prop ósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretaci ón, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realizaci ón 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 ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislaci ón 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 legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Cl ínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Dr. Jorge Betancourth
Medico Especialista
Salud Ocupacional
0521868 - RM 11630

JORGE NOVOA VIRACACHA

FIRMA MEDICO OCUPACIONAL LICENCIA S.O 11630	D.I:	5935346	HUELLA