IPS BIOMEDIC D&J SAS

Nit: 901464352-7
Dirección: Carrera 18 # 1 -66 Sogamoso - Boyacá
Cel: 3123317456 Fijo: (608) 7740379
E-mail: biomedicdyj@gmail.com
Web: www.biomedicdyj.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.841

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
03 DÍA	01 MES	2024 AÑO	SOGAMOSO (BOYACÁ, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

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

PARTICULARES	NO APLICA
Nombre de la empresa	Empresa en misión

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

RODRIGUEZ MUNEVAR DERLY CATERINE	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	33 AÑOS 8 MESES 14 DÍAS	CC	1057583727
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
PROFESIONAL

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
SIN RESTRICCION PARA EL CARGO CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA SU LABOR

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : SEGÚN INDICACION	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
OPTOMETRA TRATANTE	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
	CAPACITACIÓN	HACER DEPORTE
	PAUTAS ERGONÓMICAS	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

1. DISMINUCIÓN Y CONTROL DE PESO CORPORAL. HÁBITOS SALUDABLES Y ACTIVIDAD FÍSICA REGULAR 3 VECES POR SEMANA MÍNIMO 30 MINUTOS
2. USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL . CAPACITAR E IMPLEMENTAR MEDIDAS DE HIGIENE POSTURAL. PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS X 10 MINUTOS , REALIZAR EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO Y DE RELAJACIÓN. ADECUADA MANIPULACIÓN DE CARGAS.

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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



Firma:

Nombre: BAYONA MALDONADO DERLY JOHANA

R. M.: 1460/10 **L.S.O.:** 1054/19

Código de Seguridad
N1134T1Z1841

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: RODRIGUEZ MUNEVAR DERLY CATERINE

CC: 1057583727