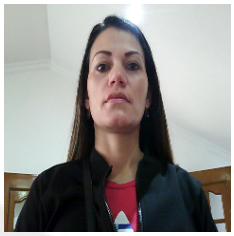
# CERTIFICADO OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR



Fecha de impresión 15/12/2021 11.26 AM

**FECHA DE EXAMEN:** 2021-12-15 11:14:27 **Tipo del Examen:** INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR



**DATOS DE INSTITUCION**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre:** | OMAR RIVERA MEDICINA ALTERNATIVA/LABORAL | **Nit** | 900938062-8 |
| **Dirección** | Calle 24 a No. 74 a 25 | **Teléfonos** | 749 8166 - 316 423 1347 |
| **e-mail** | info@ipsomarrivera.com | | |

**IDENTIFICACION DEL PACIENTE**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y Apellidos** | PAULA ANDREA CARVAJAL RODRIGUEZ | | | | | | |
| **Identificación** | CC | 41058881 | **Edad** | 39 Años | **Sexo** | F | |
| **Estado Civil** | Casado (a) | **Escolaridad** | Postgrado | | **Fecha de Nacimiento** | 16/08/1982 | |
| **Lugar de Nacimiento** | SANTA ROSA DE CABAL | **Dirección** | CRA 89 19 A 49 | | **Estrato** | 4 | |
| **Procedencia** | **Departamento** | Bogotá, D.C. | **Municipio** | Bogotá, D.C. | **Teléfonos** | 3132639306 | |
| **Grupo Sanguineo** | O - | | | | | | |
| **ARL** | POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS | | | | | | |
| **EPS** | SANITAS E.P.S. S.A. | | | | | | |

**DATOS EMPRESA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón social** | PARTICULAR | **Fecha Ingreso** | NO APLICA |
| **Cargo** | CONTRATISTA | **Sede** | NO APLICA |
| **Area** | | **Jornada de trabajo** | |
| **Acciones que realiza durante el trabajo** | NO REFIERE | | |
| **Postura habitual durante el trabajo** | NO REFIERE | | |

## EXAMENES REALIZADOS

Examen Medico Ocupacional Con Enfasis Osteomuscular: NORMAL

## CONCEPTO DE APTITUD

| | | |
|---|---|---|
| **CONCEPTO DE APTITUD** | Apto sin restricciones | |

| | |
|---|---|
| **RECOMENDACIONES** | ESTILOS DE VIDA SALUDABLES. USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL.CONTINUAR CON PROTOCOLO Y USO MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD. |

| |
|---|
| **RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL** |
| **INGRESO AL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA** |
| HIGIENE POSTURAL |

"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" Igualmente, el paciente de manera libre y autónoma, consciente y autoriza a OMAR RIVERA MENJURA MEDICINA ALTERNATIVA MEDICINA LABORAL S.A.S, para que realice los procedimientos pertinentes

Dr. Omar Rivera Menjura
Esp. Salud Ocupacional
RM. 3206 L.S.O. 4059 S.D.S.

OMAR AUDREY RIVERA MENJURA*
C.C 79456937 RM: RM 3206 LSO 4059 04/19
Firma y sello del Médico Evaluador

PAULA ANDREA CARVAJAL RODRIGUEZ
C.C 41058881
Firma del trabajador Evaluado