Dra. Alejandra Peña Ch.

MEDICA ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL
RM 1.018.466.205
RESOLUCION SALUD OCUPACIONAL 719 de MAYO 2022

NOMBRE DEL PACIENTE SANDRO ALEXANDER MESA LADINO		**IDENTIFICACION** 74.362.133	**EDAD** 45 AÑOS	**DIRECCION :** CL 2 No 8 - 29	
FECHA 24 /01/2024	**FECHA DE NACIMIENTO** 26/12/1977	**CIUDAD** SOGAMOSO		**ESTADO CIVIL:** CASADO	**EPS** NUEVA EPS
SEXO	**M** X **CONCEPTO** INGRESO	**EMPRESA :** GOBERNACION DE BOYACÁ	**NIVEL EDUCATIVO** PROFESIONAL ESPECIALIZADO	CARGO: PROFESIONAL	ARL POSITIVA

CONCEPTO OCUPACIONAL
TRABAJOS ESPECIALES

APTO CON RESTRICCIONES		APTO CON RECOMENDACIONES		NO APTO	
APTO	X	MANIPULACION DE ALIMENTOS		BRIGADISTA	

SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES Y/O PROCEDIMIENTOS.

MEDICO OCUPACIONAL	X	VISIOMETRIA OCUPACIONAL	X	AUDIOMETRIA OCUPACIONAL	X
LABORATORIOS	COPROLOGICO		FROTIS DE GARGANTA	KOH DE UÑAS	

RESULTADOS DE LA VALORACION

DESCRIPCION

EXAMEN MEDICO DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

RESTRICCIONES

NO APLICA

RECOMENDACIONES

LABORALES: USO DE EPP DE ACUERDO A LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR EN MIEMBROS SUPERIORES, REGION LUMBAR Y CUELLO, PUESTOS DE TRABAJO Y VIDEOTERMINALES ERGONOMICOS, CONTROL DE PESO Y NUTRICION.

Certifico se me realizo examen médico, y exámenes paraclínicos ocupacionales registrados en este documento. Se me ha explicado la naturaleza y propósito de los exámenes. He comprendido las limitaciones y riesgos del examen médico y paraclínicos ocupacionales, después de la asesoría realizada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de estas pruebas es voluntaria y que pude desistir en cualquier momento antes de que se realizaran los exámenes, Doy mi autorización para que se suministre la información registrada a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, para el buen cumplimiento del sistema de gestión y seguridad y salud en el trabajo.

Dra. Alejandra Peña Ch.
Esp. SALUD OCUPACIONAL
R.M. 1.018.466 205
Res 719 de Mayo / 22
Dra. Alejandra Peña Ch.
C.C. 1.018.466.205

FIRMA y CC DEL PACIENTE

HUELLA