



UNIDAD MÉDICA BOSÁ NOVA IPS
NIT 901458228-7
CÓDIGO DE HABILITACIÓN S.D.S: 1100137378-01
LIC. SALUD OCUPACIONAL: RESOLUCIÓN 9782 DEL 02/07/2021
Calle 62 Sur No 87B-22 Bosa Nova - Tronpezon - Bogotá D.C.
Cel. 3102802760 - Tel. 7846348 - Email: unidadmedicabosanova@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 13.517

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
04 DÍA	01 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	
			EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO	
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE				
PARTICULARES			PARTICULAR	
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)				
FONSECA MURILLO MIRNA STELLA			Genero	Edad
			FEMENINO	45 AÑOS 8 MESES 29 DÍAS
Apellidos y Nombres			Documento de Identificación	
			CC	47426259
Cargo			Tipo	Número
AUXILIAR DE ARCHIVO				
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL				
APTO PARA LABORAR. CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO AFECTA LA LABOR ASIGNADA.				
Observaciones: ASTIGMATISMO CON DEFICIT DE CORRECCION				
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:				
ESPIROMETRÍA		EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR		
OPTOMETRÍA				
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTE		USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		SVE VISUAL		HACER DEPORTE
VALORACIÓN POR EPS : OPTOMETRIA PARA CAMBIO DE GAFAS		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		DIETA BALANCEADA
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES				
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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.				
Médico		Aspirante o Trabajador		
Firma:		Firma:		
Nombre: GARAY URBINA JULIETH ANDREA		Nombre: FONSECA MURILLO MIRNA STELLA		
R. M.: 1033765179		CC: 47426259		
L.S.O.: 987 DE 27 ENERO 2004				
Codigo de Seguridad				
L895R1X13517				