CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES
"MEDIC DUITAMA IPS SAS"
NIT. 900756062-6
Calle 20ª No. 20 - 58, Duitama - Boyacá
Cel. 3144086147 - Tel. 7623711 - E-mail. crcmedicduitma@hotmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 2.723

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
22 DÍA	03 MES	2024 AÑO	DUITAMA (BOYACÁ, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
GOBERNACION DE BOYACA	GOBERNACION DE BOYACA

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
CARDENAS PINZON DEYSI LIZETH	FEMENINO	36 AÑOS 1 MESES 1 DÍAS	CC (Tipo)	1052382108 (Numero)

Cargo
ENFERMERA AUDITORA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

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:

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL ÉNFASIS EN OSTEOMUSCULAR	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR MEDIAS ANTIVÁRICES	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE OSTEOMUSCULAR	HACER DEPORTE
	CAPACITACIÓN	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

APTO PARA INGRESAR EN EL CARGO SOLICITADO.
SE SUGIERE USAR MEDIAS ANTESTASIS VENOSO MEDIA PERNA DE BAJA COMPRESIÓN (15 - 20 MMHG).
SEGUIR RECOMENDACIONES DEL EQUIPO SST DE LA EMPRESA.
SE RECOMIENDA LAVADO FRECUENTE DE MANOS, DESINFECCIÓN DE SUPERFICIES, INFORMAR CUALQUIER CAMBIO EN EL ESTADO DE SALUD O CONTACTO DE RIESGO COVID-19, SE EXPLICAN RECOMENDACIONES AL TRABAJADOR QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

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 mi 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	Aspirante o Trabajador
Dra. Eliana Rojas Médico Especialista Seguridad y Salud en el Trabajo	
Firma:	Firma:
Nombre: ROJAS GUARIN ELIANA YINET	Nombre: CARDENAS PINZON DEYSI LIZETH
R. M.: 1019117199 L.S.O.: 2079	CC: 1052382108

Powered by CamScanner