IPS SERMEDI
Salud y Bienestar a su alcance

**IPS SERMEDI SERVICIOS MÉDICOS SAS**
NIT: 901396095-7
Dirección: Calle 62 Sur # 44 A - 15
Cel: 310 287 6212- 300 656 4757
www.ipsservimedi.com.co
Bogotá



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

**N° 11.240**

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MEDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 20 DÍA | 05 MES | 2024 ANO | BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR |

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

| PARTICULARES CONTADO | PARTICULARES |
|---|---|
| Nombre de la empresa | Empresa en misión |

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

| CASTILLO MOLINA EMILY CAROLINA | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| | FEMENINO | 28 ANOS 2 MESES 30 DÍAS | CC | 1024568604 |
| Apellidos y Nombres | | | Tipo | Numero |

CARGO
**ASISTENTE ADMINISTRATIVO**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**APTO SIN RESTRICCIONES**

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:**

| | |
|---|---|
| CONSULTA LABORAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR ✓ | ---------- |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| USAR MEDIAS ANTIVÁRICES | USO DE EPP | HABITOS SALUDABLES |
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO | SVE VISUAL | CONTROL DE PESO |
| | SVE AUDITIVO | DIETA BALANCEADA |
| | SVE CARDIOVASCULAR | |
| | PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | |
| | SVE OSTEOMUSCULAR | |

**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 medico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realizacion 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**

Dr. Oscar Jair Ospina
RM 17223 Ministerio de Salud
Res. 11200 Secretaría Distrital de Salud

Firma:

Nombre: OSPINA ORTIZ JAIR

R. M.: 17223 L.S.O.: 11200

Código de Seguridad
U1255A1G11240

**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: CASTILLO MOLINA EMILY CAROLINA

CC: 1024568604

20/05/2024 - R3