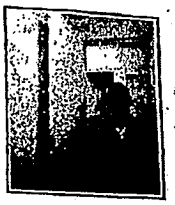
SERMED SERVICIOS ESPECIALIZADOS S.A.S.
NIT. 900828855-1
Calle 68a Sur 48d - 53 - PBX 456 58 86 - Cel. 310 287 62 12



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 14.898

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
06 DÍA	10 MES	2021 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ 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 Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)

MATEUS ARDILA JOSE NOHELY	Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres	MASCULINO	48 AÑOS 0 MESES 25 DÍAS	CC Tipo	5658433 Número

Cargo: **GESTOR DE CONVIVENCIA**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)

Observaciones: *DEFECTO DE REFRACCIÓN CORREGIDO - DIABETES MELLITUS TIPO II (EN CONTROL Y TTO) - IMC 32.39 - OBESIDAD GRADO I*

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:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR ✓ | ----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : EPS	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	SVE CARDIOVASCULAR	CONTROL DE PESO
VALORACIÓN POR EPS	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
ESPECIALISTA : NUTRICIÓN	SVE OSTEOMUSCULAR	HACER DEPORTE
		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

Firma: Dr. Oscar Jair Ospina Ortiz
Médico Especialista en Salud Ocupacional
Licencia Salud Ocupacional 11200/S.D.S

Nombre: OSPINA ORTIZ JAIR

R.M.: 011.825 L.S.O.: 11.200

Código de Seguridad
G218M1S14898

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: MATEUS ARDILA JOSE NOHELY

CC: 5658433



11:18 a.m.

Software para el sector salud - www.biofile.com.co