IPS Exisalud
Servicios Integrales en Salud

IPS EXISALUD SAS
NIT. 901.385.351-0
Avenida Boyacá No 64F - 42, Bogotá, Colombia
Cel. 3164637448 - Tel. 9371020
E-mail. admon@exisaludsas.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 64.869

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
11 DÍA	07 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	**EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR DE PRE-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)

MOJICA BONZA HECTOR ANDRES	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	39 AÑOS 6 MESES 19 DÍAS	CC	1022373070
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
PARTICULAR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
PUEDE LABORAR EN EL CARGO ASIGNADO CON RECOMENDACIONES

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:

AUDIOMETRÍA	✓	EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR DE PRE-INGRESO	✓
OPTOMETRÍA	✓	----------	

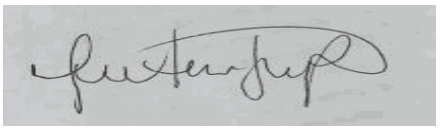
RECOMENDACIONES MÉDICAS	**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**	**HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES**
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
VALORACIÓN POR EPS : VALORACION POR NUTRICION		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE INDICA DISTANCIONAMIENTO SOCIAL, USO DE TAPABOCAS EN SERVICIOS DE TRANSPORTE PUBLICO Y SITIOS CON AGLOMERACIONES
SE RECOMIENDA LAVADO DE MANOS FRECUENTE CON EL FIN DE EVITAR ENFERMEDADES RESPIRATORIAS Y GASTROINTESTINALES
TIENE 3 DOSIS DE LA VACUNA CONTRA EL COVID 19 2 PFIZER 1 ASTRAZENECA
IMC 29,05

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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



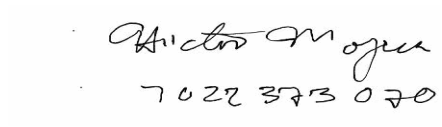
Firma:

Nombre: JURADO RAMIREZ ALEJANDRA

R. M.: 73860/2015 **L.S.O.:** RESOL. 1623 DEL 11/7

Código de Seguridad
L739R1X64869

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: MOJICA BONZA HECTOR ANDRES

CC: 1022373070