UNIDAD MÉDICA BOSA NOVA IPS

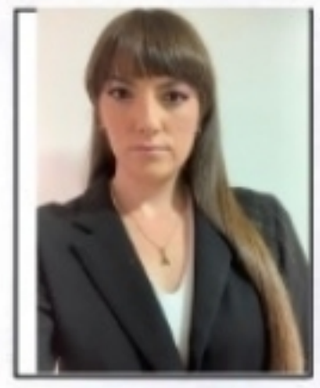
NIT 901458228-7

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 -Tropezon - Bogotá D.C.

Cel. 3102802760 - Tel. 7846348 - Email. unidadmedicabosanova@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.469

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
13 DÍA	08 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	**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)

JARAMILLO MARIN NADIA KATERINE	Genero		Documento de Identificación	
	FEMENINO	32 AÑOS 2 MESES 15 DIAS	CC	1012388675
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
PSICOLOGA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA LABORAR. CON DEFECTO FÍSICO QUE NO AFECTA LA LABOR ASIGNADA.

Observaciones: *MIOPIA Y ASTIGMATISMO CON 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:

VISIOMETRÍA ✓	EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTE	USO DE EPP	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

PREVIAS

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

Dra. Julieth Garay Urbina
Especialista en Seguridad y Salud en el trabajo
Res. 987 de 27/01/2020

Firma:

Nombre: GARAY URBINA JULIETH ANDREA

R. M.: 1033765179 L.S.O.: 987 DE 27 ENERO 2020

Código de Seguridad

U895A1G1393

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: JARAMILLO MARIN NADIA KATERINE

CC: 1012388675



Edwin Rojas P.
11-08-24
Riesgo 03