BIOMEDICAL COLOMBIA SAS
LICENCIA SST Res N° 10942/2026 según Res N°2346 MPS
3167835660
info@biomedicalcolombia.com
www.biomedicalcolombia.com

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
10/01/2024			**BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C.)**	**PREOCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR**
Dia	**Mes**	**Año**	Ciudad	

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE	
Nombre de la empresa	**Orden medica N°**
SUBRED OCCIDENTE NIT 900959048-4	**30143**

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

Nombres y Apellidos	Genero	Edad	Documento de Identificación	
MAYRA ALEJANDRA PINZON ANGEL	FEMENINO	33 AÑOS	CC	1014218090

Cargo a desempeñar:	PSICOLOGA

CONCEPTO DE APTITUD	**PUEDE LABORAR EN EL CARGO ASIGNADO**

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	✓	OPTOMETRIA	✓
PRUEBAS NEUROLOGICAS CLINICAS	✓	AUDIOMETRIA	✓
PERFIL LIPIDICO	✓		

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	**HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES**
USO DE EPP	HÁBITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLES
PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
CAPACITACIÓN E INDUCCIÓN	HACER DEPORTE
	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTES IDENTIFICADAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID 19 SEGÚN CIRCULAR 030 DE 2020

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 prop ósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretaci ón, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realizaci ón 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 ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislaci ón 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 legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Cl ínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído 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.

Jim Roger Sánchez Benavidez Medico/ocupacional R.M 79782200 S.S.B	MAYRA ALEJANDRA PINZON ANGEL	
FIRMA MEDICO OCUPACIONAL LICENCIA S.O 9211 10/04/16	**D.I:** **1014218090**	**HUELLA**