BIOMEDICAL COLOMBIA SAS
LICENCIA SST Res N° 6022/2018 según Res N°2346 MPS
3178638571

BIO MEDICAL
CENTRO MEDICO LABORAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
10/01/2025			**BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C.)**	**PREOCUPACIONAL CON ENFASIS EN ALTURAS**
Dia	**Mes**	**Año**	Ciudad	

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE	
Nombre de la empresa	Orden medica N°
INDEPENDIENTE	**012575**

Nombres y Apellidos	Genero	Edad	**Documento de Identificación**	
HERNANDO LEON PRIETO	MASCULINO	50 AÑOS	CC	93.461.195

Cargo a desempeñar:	MAESTRO

CONCEPTO DE APTITUD	**APTO PARA EL CARGO, PUEDE LABORAR EN ALTURAS**
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS	**SI**

RESTRICCIONES LABORALES	**TIPO**	**RECOMENDACIONES**
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL	✓	PERFIL LIPIDICO-GLICEMIA	✓
PRUEBAS NEUROLOGICAS CLINICAS	✓	PSICOTEST DE ALTURAS	✓
OPTOMETRIA	✓	AUDIOMETRIA	✓
ESPIROMETRIA	✓		

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 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.

Jim Roger Sánchez Benavidez
Medico ocupacional
R.M 79762200 S.S.B

BIO MEDICAL
CENTRO MEDICO LABORAL

HERNANDO LEON PRIETO

FIRMA MEDICO OCUPACIONAL LICENCIA S.O 9211 10/04/16	**D.I:**	**93.461.195**	**HUELLA**