

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

Dirección: Avenida 6 BIS # 25N - 30
Teléfono: 6673252
Web: <https://intersaludocupacional.com/>
Email: comercial@intersaludocupacional.com

FECHA DE EXAMEN
TIPO DE EXAMEN

2023-02-04
INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	PABLO ANDRES DIAZ CABAL	Identificación CC	Nro 1107091216
Fecha de Nacimiento	1995-10-03	Edad	27
Empresa	PARTICULAR	Sexo	M
Cargo	INDEPENDIENTE		
Profesión	PROFESIONAL	Origen	
Área	OPERATIVA		
Ciudad de atención	CALI		
Eps	SURA E.P.S.		
Arl	COMPAÑIA SURAMERICANA ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES Y SEGURO DE VIDA - SURA		
Teléfono colaborador	3154670983		
Fecha Ingreso	2023-02-04 10:02:49		
Fecha Salida	2023-02-04 10:03:51		

CONCEPTO

Condiciones de Salud con los requerimientos del perfil del cargo

CONCEPTO ESPECIFICO
OSTEOMUSCULAR
OSTEOMUSCULAR

CLASIFICACIÓN PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
OSTEOMUSCULAR: NO CASO

RECOMENDACIONES

GENERALES

INICIO O CONTINUAR ACTIVIDAD FISICA

OCUPACIONALES

USO DE EPP

PAUTAS ERGONOMICAS

PAUSAS ACTIVAS

RECOMENDACIONES ADICIONALES

EN VIRTUD DE LA EMERGENCIA SANITARIA GENERADA POR LA PANDEMIA DEL CORONAVIRUS (COVID-19), SE RECOMIENDA: PUEDE LABORAR EN FORMA REMOTA Y/O PRESENCIAL, COMO LO DETERMINE LA EMPRESA CON LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD PERTINENTES YA CON ESQUEMA COMPLETO DE VACUNACIÓN CONTRA EL VIRUS DEL COVID 19.

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
INGRESO PVE - ERGONOMICO

RESTRICCIONES

PRESENTA RESTRICCION

NO

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

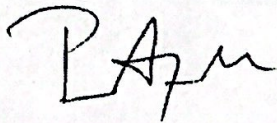
Dirección: Avenida 6 BIS # 25N - 30

Teléfono: 6673252

Web: <https://intersaludocupacional.com/>

Email: comercial@intersaludocupacional.com

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada el día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante. **Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que recibiré notificación a mi correo@ para la consulta de los resultados de los exámenes de laboratorio y paraclínico realizados y que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.**



PIERRIS ARAGON MERCADO

RM: 19604857 L O 0787

Firma y sello del médico



PABLO ANDRES DIAZ CABAL

C.C. 1107091216

Firma del trabajador signado

