

DIEGO ORLANDO ORTIZ BELTRÁN M.D

Médico especialista en Salud Ocupacional

Licencia S.O No. 5613 de 2012 Sec. Salud Santander

CONCEPTO EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Fecha:	**05 de mayo de 2020**	*Hora:*	***07:00 horas***	*Lugar:*	***Oficina Principal***	*Ciudad:*	***Bogotá***

Nombres y Apellidos: ***THOMAS ESNEIDER RIVEROS NAVARRO*** *No. de identificación:* ***1.030.525.228***
Sexo ***MASCULINO*** *Edad:* ***33*** *Estado civil:* ***UNIÓN LIBRE*** *Empresa:* ***SUBRED SUR E.S.E.***
Escolaridad: Básica Media Técnica Universidad X Postgrado X Título: ***ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR***
Cargo: ***Contratista*** *Fecha de realización:* ***05/05/2020*** *Fecha de vencimiento* ***04/05/2021***

Funciones principales y riesgos:	*Atención de pacientes en los servicios de urgencias , hospitalización, consulta externa. Riesgo alto Biológico, psicosocial y biomecánico*	*Antigüedad:* *NA*

E.P.S.(Salud): ***MEDIMAS*** *A.F.P (Pensiones):* ***COLPENSIONES*** *A.R.L:* ***SURA***

FACTORES DE RIESGO OCUPACIONALES A LOS QUE ESTÁ EXPUESTO EL TRABAJADOR:

BIOLÓGICO	*FÍSICO*	*QUÍMICO*	*PSICOSOCIAL*	*BIOMECÁNICOS*	*SEGURIDAD*	*FENOMENOS NATURALES*
ALTO	**BAJO**	**BAJO**	**ALTO**	**ALTO**	**MODERADO**	**MODERADO**

CONCEPTO MEDICO DE APTITUD BIO-FÍSICA / EVALUACIÓN MÉDICA PREOCUPACIONAL

Concepto		*Observaciones*
Apto	**X**	***SIN RESTRICCIONES MEDICAS PARA EL CARGO***
Apto con restricciones que no interfieren con su trabajo normal		
Apto con restricciones que limitan su trabajo normal		
Aplazado		
No apto		

REMISIÓN: SI NO X OBSERVACIÓN: _____

RECOMENDACIONES O RESTRICCIONES

Paciente sano, sin ningún tipo de restricción médica para el cargo.
Paciente con Astigmatismo, debe usar sus gafas permanentemente, incluso con sus EPP.
Requiere control anual con Optometría
Evitar posturas prolongadas, tener en cuenta optimizar técnica en manipulación de cargas.
Realizar actividad física, mínimo 30 minutos diarios (no laborales)
Realizar seguimiento médico anual.

Bajo la gravedad del juramento afirmo que toda la información anteriormente suministrada es correcta y que no he ocultado nada sobre mi historia de salud. Nota: en caso de existir alguna inexactitud por omisión o a causa del interesado, se hará acreedor a las sanciones previstas por la Ley.

Firma y cédula del examinado

Dr. Diego Orlando Ortiz Beltrán - Lic. SO: 5613-12

Certificado médico ocupacional firmado digitalmente, si usted requiere verificar algún dato, favor escribir al correo electrónico o comunicarse al celular

Correo electrónico: dr.diego.ortiz@gmail.com - Celular: 317 514 02 49 - Bogotá - Colombia- Suramérica