IPS. DIAGNOSTICO EMPRESARIAL OCUPACIONAL S.A.S

Licencia salud ocupacional

N° 6288 07/2019



CERTIFICADO MEDICO DE CONDICIONES GENERALES DE SALUD

Resolución N° 2346 de 2007 y Resolución 1918 de 2009

CERTIFICADO DE SALUD OCUPACIONAL

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARA O LABORO	CIUDAD Y FECHA REALIZACION DEL EXAMEN			
		DD	MM	AAAA
INDEPENDIENTE	BOGOTÁ	9	8	2024

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

NOMBRES Y APELLIDOS						IDENTIFICACION			
PATRICIA CAMILO LINARES						TIPO	CC	52535556	
FECHA DE NACIMIENTO	11/08/1979	EDAD	44	AÑOS	SEXO	MASCULINO		FEMENINO	X

CARGO	EPS	ARL
AUXILIAR DE OFICINA	FAMISANAR	SIN DATO

TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

INGRESO	X	PERIODICO		EGRESO	
REINTEGRO LABORAL		POST INCAPACIDAD		REUBICACION	

EL CONCEPTO DE APTITUD SE DEFINIO A PARTIR DE LOS SIGUIENTES EXAMENES PRACTICADOS

AUDIOMETRIA	X	VISIOMETRIA	X	MANEJO DE VOZ	
RESPIRATORIO		ESPIROMETRIA		OSTEOMUSCULAR	X
PSICOSENSOMETRICO		LABORATORIOS		OTRO	

RECOMENDACIONES MEDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
CONTROL DE PESO	HIGIENE POSTURAL	HABITOS DE VIDA SALUDABLES
VALORACION POR OPTOMETRIA POR SU EPS-MIOPIA	PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL	DIETA BAJA EN HARINAS, GRASAS Y AZUCAR
CONTROL ANUAL POR MEDICINA GENERAL POR SU EPS	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	ACTIVIDAD FISICA MINIMO 20 MIN AL DIA

NOTA : Paciente que al momento de la consulta no presenta sintomatologia asociada con COVID 19 en los ultimos 15 dias ni a estado en contacto estrecho con personas sospechosas o confirmadas de COVID 19, según la circular 030 del 2020.

APTO SIN LIMITACIONES	X	APTO CON LIMITACIONES		APLAZADO	
NO APTO		APTO PARA ALTURAS		NO APTO PARA ALTURAS	
APTO ESPACIOS CONFINADOS		NO APTO ESPACIOS CONFINADOS			

Consentimiento informado del aspirante o trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen medico 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 medico 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 mi en este examen son completas y veridicas. 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 clinica a la ERS a la cual me encuentro actualmente afiliado. finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacio en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Dr. Alberto Mario Recalde Bucheli
Médico Especialista
En SG - SST UMO
LIC Num. 25-0851 del 2018
Gob. de Cund

FIRMA MEDICO OCUPACIONAL
Dr. ALBERTO MARIO RECALDE BUCHELI
CC. 12988862
L.S.O 25-0851/2018

Patricia Camilo Linares

FIRMA DEL TRABAJADOR
PATRICIA CAMILO LINARES
CC 52535556

CALLE 31 Sur. N°69 -63. Tel: 7069504 CEL 318 274 48 95. BOGOTA D.C.
Email: diagnosticocupacional@gmail.com
www.diagnostico empresarial ocupacional S.A.S