Carrera 45A 95-70 La Castellana Lic. Salud Ocupacional 8669(10/10/2019) biolab

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

CIUDAD: BOGOTA	**FECHA: 17/11/2023**	
APELLIDOS Y NOMBRE DEL ASPIRANTE	CLAUDIA PATRICIA SALAZAR CRUZ	
IDENTIFICACION	CC 51789526	
	58	
NOMBRE EMPRESA		
CARGO (PERFIL DEL CARGO EVALUADO)	AUXILIAR DE ENFERMERIA	
EVALUACION REALIZADA		
TIPO DE EXAMEN	**PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**	
[X] INGRESO	[X] EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	[ ] OPTOMETRIA
[ ] EGRESO	[ ]VALORACION RIESGO CARDIOVASCULAR	[ ] LABORATORIO
[ ] PERIODICO	[ ] AUDIOMETRIA TAMIZ	[ ] PRUEBA DE VERTIGO
[ ] POSTINCAPACIDAD	[ ] AUDIOMETRIA CLINICA	[ ] ESPIROMETRIA
[X] VALORACION OSTEOMUSCULAR	[ ] PRUEBA NEUROLOGICA	[ ] VISIOMETRIA
ANTECEDENTES ACCIDENTE DE TRABAJO (AT) Y/O ENFERMEDAD PROFESIONAL (EP)		
AT [ ]SI [X]NO FECHA(DD/MM/AAAA). _____ EP [ ]SI [X]NO FECHA(DD/MM/AAAA): _____		
CONCEPTO		
[X] APTO **SIN** CONDICION DE SALUD QUE DISMINUYA SU CAPACIDAD PARA EL CARGO AL QUE ASPIRA		
[ ]APTO CON CONDICION DE SALUD QUE **NO** DISMINUYE SU CAPACIDAD PARA EL CARGO AL QUE ASPIRA		
[ ]APLAZADO **CON** CONDICION DE SALUD QUE INTERFIERE **TEMPORALMENTE** CON SU CAPACIDAD PARA EL CARGO AL QUE ASPIRA		
[ ]**CON** CONDICION DE SALUD QUE INTERFIERE CON SU CAPACIDAD PARA EL CARGO AL QUE ASPIRA		
RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA		
INCLUIR EN P.V. E. DE RIESGO ERGONOMICO / BIOLOGICO		
RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR		

Declaración de l trabajador: Certifico que las respuestas dadas por mi en el examen medico están completas,son veridicas y permitieron la elaboración del presente certificado médico; otorgué mi consentimiento libre e informado para la relización de las evaluaciones medicas y pruebas complementarias por solicitud de la empresa empleadora arriba mencionada y me comprometo a seguir las recomendaciones dadas por el profesional. Recibí copia del concepto médico ocupacional de acuerdo a las evaluaciones médicas y paraclínicas practicadas, estoy informado que Biolab tendrá en custodia mi Historia Clínica Ocupacional, de acuerdo a lo estipulado en la Resolución 1918 de 2009. Autorizo para que se suministre la informacion requerida para el buen cumplimiento del programa de vigilancia epidemiologica de medicina del trabajo, consignada en el concepto médico en el diagnóstico de salud. (Articulo 9,10,17 y 18 de la resolución 2346 de 2007).

NOMBRE USUARIO: CLAUDIA PATRICIA SALAZAR CRUZ	HUELLA DIGITAL	**NOMBRE MEDICO: MANUEL CUESTA**
FIRMA:		**FIRMA:** Dr. Manuel Cuesta Moreu Medico UN Licencia Seguridad y Salud en el Trabajo RES. 14169 de 27/11/2017
CEDULA: 51789526		**LICENCIA DE SALUD OCUPACIONAL: 14169 DE 27/11/2017 S.D.S**