IPS SERMEDI
Salud y Bienestar a su alcance

IPS SERMEDI SERVICIOS MÉDICOS SAS
NIT: 901396095-7
Dirección: Calle 62 Sur # 44 A - 15
Cel: 310 287 6212 - 300 656 4757
www.ipsservimedi.com.co
Bogotá



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 10.871

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
15 DÍA	04 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC: Cedula de Ciudadanía, CE: Cedula de Extranjeria, TI: Tarjeta de Identidad, PT: Pasaporte)

RODRIGUEZ NIETO JOHN FREDY	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	34 AÑOS 3 MESES 27 DÍAS	CC	1013608824
Apellidos y Nombres			Tipo	Numero

Cargo
PSICOLOGO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RESTRICCIONES

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR ✓	OPTOMETRÍA ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
		CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FISICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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 asesoria brindada. Entiendo que la realizacion 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 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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Dr. Oscar Jair Ospina
RM 017223 Ministerio de Salud
RM 11200 Secretaría Distrital de Salud
Resolución 1792 Salud Ocupacional 2013

Firma:

Nombre: OSPINA ORTIZ JAIR

R. M.: 17223 L.S.O.: 11200

Código de Seguridad
R1255X1D10871

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: RODRIGUEZ NIETO JOHN FREDY

CC: 1013608824

Powered by CamScanner