UNIDAD MÉDICA BOSA NOVA IPS SAS

NIT: 901.458.228-7 - CÓDIGO DE HABILITACIÓN S.D.S: 1100137378-01
LIC. SALUD OCUPACIONAL: RESOLUCIÓN 9782 DEL 02/07/2021
Dir: Calle 62 Sur 87 B 22 - Bosa Nova - Tropezón - Bogotá D.C.
Tel: 601 784 6348 Cel: 310 280 2760
Email: unidadmedicabosanova@gmail.com - Web: ipsbosanova.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 36.553

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
14 DÍA	11 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

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

PARTICULARES	PARTICULAR
Nombre de la empresa	Empresa en misión

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

CORTES ESPINOSA SERGIO ESTEBAN	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	32 AÑOS 0 MESES 11 DÍAS	CC	1012393931
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
PSICOLOGO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON RECOMENDACIONES PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *ASTIGMATISMO SIN CORRECCION- BAJO PESO*

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:

VISIOMETRÍA ✓	EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTE	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : NUTRICION- OPTOMETRIA	SVE VISUAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

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 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 mí 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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.*

Médico		Aspirante o Trabajador	
Firma:	Dra. Julieth Garay Urbina Especialista en Seguridad y Salud en el trabajo Res. 987 de 27 / 01 / 2020	Firma:	
Nombre:	GARAY URBINA JULIETH ANDREA	Nombre:	CORTES ESPINOSA SERGIO ESTEBAN
M.:	1033765179 *L.S.O.:* 987 DE 27 ENERO 2020	CC:	1012393931

Código de Seguridad
P895V1B36553

Powered by CamScanner