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° 10.857

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 Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

AMAYA RODRIGUEZ GELEN VIVIANA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	47 AÑOS 0 MESES 2 DÍAS	CC	52470081
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
INGENIERA EN ALIMENTOS

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 ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR MEDIAS ANTIVÁRICES	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	SVE VISUAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA 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 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

Dr. Oscar Jair Ospina
RM 011826 Ministerio de Salud
RM 17223 Secretaria Distrital de Salud
Resolución 11200 Salud Ocupacional SDS

Firma:

Nombre: OSPINA ORTIZ JAIR

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

Código de Seguridad
F1255L1R10857

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: AMAYA RODRIGUEZ GELEN VIVIANA

CC: 52470081