# IPS BIOMEDIC D&J SAS

Nit: 901464352-7
Dirección: Carrera 18 # 1 -66 Sogamoso - Boyacá
Cel: 3123317456 Fijo: (608) 7740379
E-mail: biomedicdyj@gmail.com
Web: www.biomedicdyj.com



## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.841

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 03 (DÍA) | 01 (MES) | 2024 (AÑO) | SOGAMOSO (BOYACÁ, COLOMBIA) (Ciudad) | EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO |

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

| PARTICULARES | NO APLICA |
|---|---|
| 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)

| RODRIGUEZ MUNEVAR DERLY CATERINE | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| | FEMENINO | 33 AÑOS 8 MESES 14 DÍAS | CC (Tipo) | 1057583727 (Número) |
| Apellidos y Nombres | | | | |

Cargo
**PROFESIONAL**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
**SIN RESTRICCION PARA EL CARGO CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA SU LABOR**

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:**

| | |
|---|---|
| EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO ✓ | ---------- |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| USAR CORRECCIÓN VISUAL : SEGÚN INDICACION OPTOMETRA TRATANTE | USO DE EPP | HABITOS SALUDABLES |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | CONTROL DE PESO |
| | CAPACITACIÓN | HACER DEPORTE |
| | PAUTAS ERGONÓMICAS | DIETA BALANCEADA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

1. DISMINUCIÓN Y CONTROL DE PESO CORPORAL. HÁBITOS SALUDABLES Y ACTIVIDAD FÍSICA REGULAR 3 VECES POR SEMANA MÍNIMO 30 MINUTOS
2. USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL . CAPACITAR E IMPLEMENTAR MEDIDAS DE HIGIENE POSTURAL. PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS X 10 MINUTOS , REALIZAR EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO Y DE RELAJACIÓN. ADECUADA MANIPULACIÓN DE CARGAS.

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**

Dra. Johana Bayona
Médico Ocupacional
R.M. 1460/10 Agosto 2019

**Firma:**

**Nombre:** BAYONA MALDONADO DERLY JOHANA

**R. M.:** 1460/10 **L.S.O.:** 1054/19

**Código de Seguridad**
N1134T1Z1841

**Aspirante o Trabajador**

**Firma:**

**Nombre:** RODRIGUEZ MUNEVAR DERLY CATERINE

**CC:** 1057583727