Nit. 901305578-3
Cel. 311 274 5974 Tel. (038) 7752377
Carrera 9 #16a-31
centrodemedicinayoptometria@gmail.com
Sogamoso Boyacá.



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 18.369

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
24 DÍA	10 MES	2024 AÑO	SOGAMOSO (BOYACÁ, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO

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

PARTICULARES CONTADO	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)

MESA DIAZ DORIS MILENA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	44 AÑOS 0 MESES 17 DÍAS	CC	46380300
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
ASESORA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *APTO PARA EJERCER EL OFICIO COMO ASESORA.*

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:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : OCASIONAL CON FILTROS DE PROTECCION.	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
ESPIROMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		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 e documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de ana propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para prot confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suminis personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sis seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la E cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en b sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Carlos Iván Ramírez D.
MEDICO CIRUJANO. UPTC
RM 74380090
ESP. EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO. UNAB
RESOLUCION 0744 16-06-2020

Firma: _____

Nombre: RAMIREZ DUARTE CARLOS IVAN

R. M.: 74380090 L.S.O.: RSL 0744 16/06/2020

Código de Seguridad U616A1G18369

Aspirante o Trabajador

Firma: _____

Nombre: MESA DIAZ DORIS MILENA

CC: 46380300

Powered by CamScanner