CENTRO MEDICO LABORATORIO CLINICO OLAYA SAS
Nit 900171517-3
Dirección CRA 21 N 26-52 SUR / CRA 21 N 23-38 SUR BARRIO OLAYA BOGOTA
Teléfonos 2397687-3478768
Correo electrónico centromedicoolaya@gmail.com
www.centromedicoolaya.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 13.939

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
24 DÍA	09 MES	2025 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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES CONTADO	SUB RED SUR

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
FONSECA RODRIGUEZ BLEIDY CAROLINA	FEMENINO	45 AÑOS 8 MESES 28 DÍAS	Tipo: CC	Número: 52541135

Cargo
AUXILIAR DE ENFERMERIA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD CORREGIBLE QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *RESTRICCIONES*

APTO	APTO CON RESTRICCIONES

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
MARCHA Y BIPEDESTACION PROLONGADAS - CAMINAR EN SUPERFICIES DECLNADAS , INCLINADAS O IRREGULARES O INETABLES	TEMPORAL	RESTRICCIONES TEMPORALES HASTA ALTA MEDICA POR ARL

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR MEDIAS ANTIVÁRICES	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	SVE VISUAL	CONTROL DE PESO
	CAPACITACIÓN : ERGONOMIA - BIOSEGURIDAD	DIETA BALANCEADA
	REUBICACIÓN LABORAL : EVLUAR LA POSIBILIDADA DE REUBICACION LABORAL TEMPORAL O REASIGNACION DE TAREAS, EN BASE A RESTRICCIONES Y RECOMENDACIONES MEDICO-LABORALES	
	OTROS : EVITAR MARCHA Y BIPEDESTACION PROLONGADAS, SUBIR Y BAJAR ESCALERAS DE FORMA RUTINARIA Y TRANSITAR POR SUPERFICIES ELEVADAS, DECLINADAS, INESTABLES O IRREGULARES	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RESTRICCIONES SUJETAS A EVOLUCION MEDICA FAVORABLE Y ALTA MEDICA POR PARTE DE ARL.
PERMITIR CONTINUAR PROCESO DE REHABILITACION FISICA POR ARL.
CONTROL NUTRICIONAL POR EPS

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 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.

Dr. Jim Yoir Rodriguez Rodriguez
Esp. Salud Ocupacional
LM 2537 6/06

Médico		Aspirante o Trabajador
Firma:		Firma:
Nombre: CC: 79762200 - JIM ROGER SANCHEZ		Nombre: FONSECA RODRIGUEZ BLEIDY CAROLINA
R. M.: 253781/03 L.S.O.: 026/2019	Código de Seguridad H1261N1T13939	CC: 52541135

Dr. Jim Roger Sánchez B.
Salud Ocupacional
LSO: 26/2019
RM: 253781/03