

Certificado de aptitud laboral

Examen medico ocupacional osteomuscular pre-ingreso



Fecha: 11/Oct/2025, Hora: 07:12:55 a.m.

Apellido: HERNANDEZ OSORIO

Tipo Doc: CC

Empresa: UNO + OTRO SAS

Emp. Usuaria: UNO+OTRO SAS

Cargo: EJECUTIVO DE CUENTA

Direccion: CRA 45 B #82-25 SUR

Telefono: Celular: 3114755667 Email: ANDREA_MARCELA@HOTMAIL.ES

Ciudad: BOGOTA D.C. - CIUDAD BOLÍVAR

Responsable: - Parentesco: - Telefono:

Nombre: ANDREA MARCELA

Nro Identidad: 1031152286

HC: # 80117

Edad: 31 años

Sexo: Femenino ♀

Nacim: 14/Mar/1994

Rh: O+

Estado Civil: Casado

Exámenes Realizados

☒ Audiometría tamiz ☒ Visiometría ☒ Glicemia ☒ Examen medico ocupacional de pre- ingreso

Recomendaciones Especificas

S.V.E.

Estilo de Vida Saludable

* Hábitos de vida saludable

* Dieta y ejercicio

Medicas

Laborales

* Valoración nutricional

* Pausas activas

* Mantener adecuada higiene postural

Concepto

Apto para el cargo con recomendaciones

Recomendaciones Personalizadas

Imc 25.59

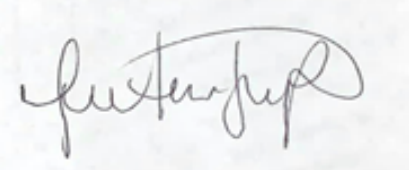
Observaciones

Se recomienda Uso De Elementos De Protección Personal De Acuerdo Al Cargo Establecido Por La Empresa Ademas De Seguir Los Protocolos De Bioseguridad

Realizar Controles Médicos Ocupacionales Periódicos

Consentimiento Informado

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 Gestión de la 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.

Firma Medico		Firma Paciente
		
Maria alejandra jurado ramirez Medico especialista sst Lic. de S.O #: 1623 Registro #: 11/05/2022		Andrea marcela hernandez osorio CC 1031152286