

Certificado de aptitud laboral

Examen medico ocupacional osteomuscular pre-ingreso



Fecha: 07/Nov/2025, Hora: 07:44:40 a.m.

Apellido: RAMIREZ GONZALEZ

Tipo Doc: CC

Empresa: UNO + OTRO SAS

Emp. Usuaria: UNO+OTRO SAS

Cargo: EJECUTIVA DE CUENTA

Direccion: CALLE 12 C #71 C 60

Telefono: Celular: 3103910854 Email: JENNIFERRG002@GMAIL.COM

Ciudad: BOGOTA D.C. - CIUDAD KENNEDY

Responsable: - Parentesco: - Telefono:

Nombre: JENNIFER

Nro Identidad: 1032436639

HC: # 83394

Edad: 35 años

Sexo: Femenino ♀

Nacim: 30/Abr/1990

Rh: A+

Estado Civil: Union libre

Exámenes Realizados

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

Recomendaciones Especificas

S.V.E.

* Sve salud visual

Estilo de Vida Saludable

* Hábitos de vida saludable

* Dieta y ejercicio

Medicas

* Valoración nutricional

* Valoración por cirugía general

* Usar correccion visual

Laborales

* Pausas activas

* Mantener adecuada higiene postural

Concepto

Apto para el cargo con recomendaciones

Recomendaciones Personalizadas

Se indica uso de corrección visual permanente

imc 26.96

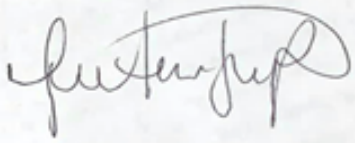
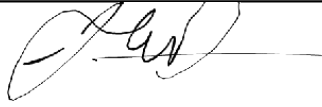
Observaciones

Se Recomenda 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		Jennifer ramirez gonzalez CC 1032436639