DRA. JULIETH ANDREA GARAY URBINA
Médico especialista en seguridad y salud en el trabajo
FUCS RM:1033765179
Resolución 987 de 27 Enero 2020
Calle 62 Sur No 87B-22 Bosa Nova -Tropezon
Cel. 3102802760 - Tel. 7846348 - 7846494 - Email. unidadmedicabosanova@gmail.com



N° 846

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
03 DÍA	12 MES	2020 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

PARTICULARES	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)

JIMENEZ DURAN CINDY PAOLA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres	FEMENINO	27 AÑOS 1 MESES 13 DÍAS	CC Tipo	1012404013 Número

Cargo
ENFERMERA JEFE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *EMETROPE- EPICONDILITIS MEDIAL DERECHA*

NO APLICA	PARA MANIPULAR ALIMENTOS CUMPLIENDO CON LOS REQUISITOS
NO APLICA	PARA TRABAJAR EN ALTURAS
NO APLICA	PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR ✓	VISIOMETRÍA ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	ACTIVIDAD FISICA AERÓBICA
VALORACIÓN POR EPS : FISIOTERAPIA	SVE VISUAL	HACER DEPORTE
	SVE AUDITIVO	DIETA BALANCEADA
	SVE CARDIOVASCULAR	
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	
	SVE OSTEOMUSCULAR	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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. Julieth Garay Urbina
Especialista en Seguridad y Salud en el trabajo
Res. 987 de 27/01/2020

Firma:
Nombre: GARAY URBINA JULIETH ANDREA
R. M.: 1033765179 L.S.O.: 987 DE 27 ENERO 2020

Código de Seguridad C764I1O846

Aspirante o Trabajador

Firma: CINDY JIMENEZ
Nombre: JIMENEZ DURAN CINDY PAOLA
CC: 1012404013