

FUNDACION SANTA MARIA
MEDICINA DEL TRABAJO - SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
CONCEPTO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

AK 50 NO. 90-50 Bogotá, D.C
PBX: 2568335/36



INFORMACION DE LA EMPRESA

NOMBRE DE LA EMPRESA	DIRECCION DEL CENTRO DE TRABAJO	TELEFONO
SUBREO SUR OCCIDENTE - ESE	CTG 779 bis 1068 B-76/70 sur Bosa-Pedrol	

INFORMACION DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

APELLIDOS Y NOMBRES	TIPO DE DOCUMENTO: CC No DOCUMENTO: 1020774123	EDAD (AÑOS)
Rodriguez Garcia Maria Natalia		
CARGO	SECCION	TELEFONO OF. o CASA
Psicóloga	Psicología - Administración	317 70 28871

INFORMACION DEL EXAMEN MEDICO

Fecha de Realización	Tipo de Examen (Seleccione la opción correspondiente)			
NOV. 30/2020	☒ INGRESO	☐ PERIODICO	☐ EGRESO	☐ REINTEGRO

CONCEPTO (Seleccione la opción correspondiente y la sección OTRO, escriba el concepto respectivo)

☒ APTO PARA EL CARGO	☐ REINCORPORACION SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	☐ APTO PARA BRIGADISTAS	☐ OTROS
☐ APTO CON LIMITACIONES PARA EL CARGO	☐ REINCORPORACION CON RESTRICCIONES PARA EL CARGO	☐ NO APTO PARA BRIGADISTAS	
☐ NO APTO PARA EL CARGO	☐ REUBICACION LABORAL		
☐ ¿EL CONCEPTO DE APTITUDES DEBE SER APLAZADO?	☐ SI ☐ NO	MOTIVO ¿CUAL?	
			EXAMEN DE EGRESO SATISFACTORIO ☐ SI ☐ NO

Descripción de Resultados:

No se evidencian alteraciones en el examen médico con énfasis osteomuscular desde el punto de vista funcional.

RECOMENDACIONES:

Debe cumplir con su control anual de medicina preventiva salud de la mujer - control anual por optometría - continuar su práctica de ejercicio diario y alimentación balanceada - Establecer pausas activas durante su jornada laboral - Cumplir con todos los protocolos de bioseguridad.

REMISION EPS ☐ SI ☒ NO OBSERVACION:

MEDICO
Firma y sello:
Nombre: María Isabel Rodríguez
Registro MD: 10095 de Lic 357 74572 / 2015

ASPIRANTE O TRABAJADOR
Firma:
Nombre: María Natalia Rodríguez
Doc. Identificación: 1020774123

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: He autorizado al (a) Doctor (a) arriba mencionado (a) a realizarme el examen médico y/o paraclínico (s) ocupacional (les) en este documento, conforme quedó registrado en la Historia Clínica Ocupacional. El (la) Doctor (a) arriba mencionado (a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico (s) ocupacional (les). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, la limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico (s) ocupacional (les), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de pruebas. He sido informado de las medidas que tomará el Área de Seguridad y Salud en el Trabajo para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibí notificación del concepto médico ocupacional. Manifiesto ante mi firma bajo la gravedad de juramento de las respuestas dadas por mí en este (os) examen (es) son completas y verídicas. Autorizo al Área de Seguridad y Salud en el Trabajo para que suministre a las personas o entidades contempladas en las legislaciones vigentes, la información registrada en el documento, para el buen cumplimiento del programa de Seguridad y Salud en el Trabajo.

María Isabel Rodríguez
Médica Clínica
U. J. J. J. J.
C. N. 10095