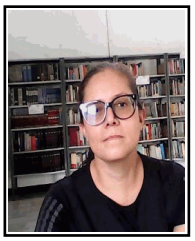
IPS BIOMEDIC D&J SAS

Nit: 901464352-7
Dirección: Carrera 18 # 1 -66 Sogamoso - Boyacá
Cel: 3123317456 Fijo: (608) 7740379
E-mail: biomedicdyj@gmail.com
Web: www.biomedicdyj.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.120

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
24 DÍA	01 MES	2026 AÑO	SOGAMOSO (BOYACÁ, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL PRE- INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES	PARTICULARES

CIIU (Actividad Económica) del empleador: **SIN REGISTRAR**

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	Género	Edad	Documento de Identificación	
APONTE GAYON JUANITA MARÍA	FEMENINO	43 AÑOS 11 MESES 7 DÍAS	CC (Tipo)	52718537 (Número)

Cargo: **OFICINA SERVICIOS PUBLICOS**

EPS	AFP	ARL
FAMISANAR	COLPENSIONES	POSITIVA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIONES

Observaciones: *USO CORRECCION OPTICA EN SU LABOR*

N/A NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

VISIOMETRÍA ✓	EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTE	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	CONTROL DE PESO
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
	CAPACITACIÓN	DIETA BALANCEADA
	USO DE CORRECCIÓN VISUAL PERMANENTE	
	PAUTAS ERGONÓMICAS	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

1. DISMINUCIÓN Y CONTROL DE PESO CORPORAL. HÁBITOS SALUDABLES Y ACTIVIDAD FÍSICA REGULAR 3 VECES POR SEMANA MÍNIMO 30 MINUTOS.
2. USAR LENTES DE FORMA PERMANENTE Y EN SU LABOR, REQUIERE CONTROL OPTOMETRIA PARA ACTUALIZAR LENTES.
3. USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. CAPACITAR E IMPLEMENTAR MEDIDAS DE HIGIENE POSTURAL. PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS X 5 MINUTOS, REALIZAR EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO Y DE RELAJACIÓN. ADECUADA MANIPULACIÓN DE CARGAS. EN EL MOMENTO SIN ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES APARENTES.

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



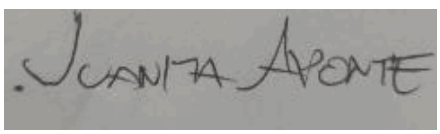
Firma:

Nombre: CC: 53070288 - DERLY JOHANA BAYONA

R. M.: 1460/10 **L.S.O.:** 1054/19

Código de Seguridad
F1134L1R7120

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: APONTE GAYON JUANITA MARÍA

CC: 52718537