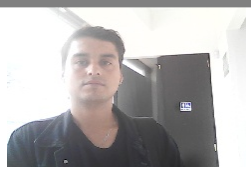
CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



UNIMOS SALUD SAS
NIT: 900615719-1
11001

Certificado de aptitud: 1012428494-147504

EXAMEN MEDICO ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Tipo de Examen: INGRESO

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA.

Empresa: PARTICULAR -
Actividad Económica:

Empresa en Misión/ Contrato/ Centro de Costo:

INFORMACIÓN DEL PACIENTE.

Fecha y Lugar:	06 nov. 2026 - BOGOTA D.C - BOGOTA, DISTRITO CAPITAL	**Identificación:**	1012428494
Paciente:	HAMILTON KISSMAN BAEZ MELO	**Teléfono**	**Móvil:** 3183082952
Género	MASCULINO **Edad:** 30	**EPS:**	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Fecha Nacimiento:	10/01/1996	**ARL:**	NO REPORTA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**AFP:**	PROTECCION S.A.
Escolaridad:	ESPECIALIZACION	**Cargo:**	CONTRATISTA
Área: No Reporta			
Correo Electrónico:	kissman755@gmail.com		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS - RECOMENDACIONES.

MEDICINA OCUPACIONAL	HIGIENE POSTURAL,PAUSAS ACTIVAS, SEGURIDAD VIAL,USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGÚN LA EXPOSICION A RIESGO, AUTOREPORTE DE CONDICIONES INSEGURAS Y ACCIDENTALIDAD. FOMENTAR ESTILO DE VIDA SALUDABLE Y MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD. REALIZAR CAPACITACIONES DE ACUERDO AL CARGO, LAVADO FRECUENTE DE MANOS,.
ENFASIS OSTEOMUSCULAR POR MEDICO	HIGIENE POSTURAL

CONCEPTO LABORAL

INGRESO SATISFACTORIO.

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

NO

Acepto las anteriores valoraciones médicas y paraclínicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera. No he ocultado ninguna información útil e importante para establecer con certeza mi estado de salud. Autorizo a UNIMOS SALUD a enviar este certificado a la empresa que lo solicito y hago constar que fui tratado ética y profesionalmente por todo el personal que me atendió en la instancia médica. Comprendo con claridad los conceptos y procedimientos efectuados. Expreso mi conformidad con su contenido y entiendo que la realización de los exámenes es voluntaria y puedo desistir de dicha realización en cualquier momento. Fui informado de la custodia y confidencialidad del manejo de la historia clínica (Resolución 2346 del 2007 art 16) y de la política de tratamiento de mis datos personales (ley estatutaria 1581 del 2012).

Esp. Salud Ocupacional
C.C. 53.015.470

MEDICO ESPECIALISTA S.O.
DEYANIRA MOSQUERA GOMEZ
CÉDULA DE CIUDADANÍA : 53015470
235959/2012 - 25-1527/2016

Firma y cédula del Paciente
HAMILTON KISSMAN BAEZ MELO
1012428494