

# CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

Fecha de impresión: 2022/08/03 02:48:08 pm

**TIPO EXAMEN:** INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR

**FECHA EXAMEN:** 2022-07-30 09:03:00



## DATOS DE INSTITUCIÓN

|                  |                                   |                   |             |
|------------------|-----------------------------------|-------------------|-------------|
| <b>Nombre:</b>   | FUNDACION MEDICA MIRA TU SALUD    |                   |             |
| <b>Dirección</b> | BOGOTA                            | <b>Nit:</b>       | 830104032-4 |
| <b>e-mail:</b>   | coordinacionso@miratusalud.com.co | <b>Teléfonos:</b> | 4173131     |

## IDENTIFICACION DEL PACIENTE

|                     |                              |           |                    |                |               |          |
|---------------------|------------------------------|-----------|--------------------|----------------|---------------|----------|
| Nombres Y Apellidos | MARIA AMELIA JIMENEZ VASQUEZ |           |                    | Identificación | CC            | 21464162 |
| Fecha de nacimiento | 1964-08-27                   | Edad      | 57                 | Telefonos      | 3246079386    |          |
| Dirrección          | TV 57 106 41                 | Municipio | Bogotá, D.C.       |                | EPS           | Sura     |
| ARL                 | POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS |           | Fondo de Pensiones |                | PORVENIR S.A. |          |

## DATOS EMPRESA

|                            |                         |                         |           |
|----------------------------|-------------------------|-------------------------|-----------|
| <b>EMPRESA CONTRATANTE</b> | ATENCION A PARTICULARES | <b>EMPRESA USUARIA</b>  | NO APLICA |
| <b>CARGO</b>               | ADMINISTRATIVO          | <b>FECHA DE INGRESO</b> |           |

## EXAMENES REALIZADOS

|                               |                              |                              |
|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| AUDIOMETRIA SALUD OCUPACIONAL | OPTOMETRIA SALUD OCUPACIONAL | HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL |
| ELECTROCARDIOGRAMA            |                              |                              |

## CONCEPTO DE APTITUD

|                                        |                      |  |
|----------------------------------------|----------------------|--|
| <b>CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL</b> | APLICA PARA EL CARGO |  |
| <b>CONCEPTO ESPECIFICO 1</b>           | NO APLICA            |  |
| <b>CONCEPTO ESPECIFICO 2</b>           | NO APLICA            |  |
| <b>RESTRICCIÓN</b>                     | NO APLICA            |  |
| <b>REUBICACIÓN</b>                     | NO APLICA            |  |
| <b>REMISION EPS</b>                    | NO                   |  |

## RECOMENDACIONES

|                                                  |    |                                                                                            |
|--------------------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| INDUCCIÓN ESPECÍFICA AL CARGO O REINDUCCIÓN      | SI |                                                                                            |
| ACONDICIONAMIENTO FÍSICO O PAUSAS ACTIVAS        | SI |                                                                                            |
| USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL          | SI |                                                                                            |
| HIGIENE POSTURAL Y/O MANEJO DE CARGAS            | SI |                                                                                            |
| VALORACIÓN OCUPACIONAL O PARACLÍNICOS PERIÓDICOS | SI |                                                                                            |
| CHEQUEOS POR EPS Y HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE     | SI | CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA.<br>CONTROL POR NUTRICION.                                    |
| OTRAS                                            | SI | USO DE MEDIAS VASCULARES. SEGUIR<br>NORMAS DE BIOSEGURIDAD<br>IMPLEMENTADAS EN LA EMPRESA. |

"Certifico que la información por mi aportada es veraz y que fui informado acerca de la confidencialidad de la misma, así como de los resultados de los exámenes paraclínicos practicados de acuerdo con los términos de la Resolución 2346 de 2007 y en especial la Resolución 1918 de 2009 del Ministerio de la Protección Social. En ese sentido Autorizo a la Fundación Médica Mira Tu Salud a realizar los exámenes clínicos y paraclínicos pertinentes, a mantener dentro de su archivo de historias clínicas de Salud Ocupacional y con fines estrictamente médicos, el original y/o copia de mi historia clínica ocupacional y además a suministrarla a las entidades administrativas o judiciales autorizadas por la ley, en especial a las del sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP y juntas de calificación de invalidez) que las requieran, como parte del proceso de calificación de origen de enfermedad y/o accidente, así como para calificación de la pérdida de la capacidad laboral, también a proporcionar la información de los resultados de mis exámenes paraclínicos con el fin de que la empresa contratista implemente y ejecute los SVE respectivos."

## CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

Fecha de impresión: 2022/08/03 02:48:09 pm

Dra. LUZ ANGELA PARRA MEDINA  
Médico Cirujano U. Nacional  
Reg. Med. 11 11376/ 2013  
Especialista en Gerencia en  
Seguridad y Salud en el Trabajo  
Res. N° 13495 de 16/11/2017  
Jez A. Parra Medina



LUZ ANGELA PARRA MEDINA

RM: LIC. RESOL. 11376/2013

Firma y sello del médico evaluador

CC 21464162

Firma del trabajador evaluado