



UNIDAD MÉDICA BOSÁ NOVA IPS
NIT 901458228-7
CÓDIGO DE HABILITACIÓN S.D.S: 1100137378-01
LIC. SALUD OCUPACIONAL: RESOLUCIÓN 9782 DEL 02/07/2021
Calle 62 Sur No 87B-22 Bosa Nova -Tropézon - Bogotá D.C.
Cel. 3102802760 - Tel. 7846348 - Email: unidadmedicabosanova@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 17.791

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
27	04	2023	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO			
DÍA	MES	AÑO	Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULARES				PARTICULAR			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cédula de Ciudadanía, CE, Cédula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
GONZALEZ RINCON CRISTIAN CAMILO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				MASCULINO	24 AÑOS 8 MESES 3 DÍAS	CC	1012455340
Carga				Tipo			
AUXILIAR ADMINISTRATIVO				Número			
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
APTO PARA LABORA. CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO AFECTA LA LABOR ASIGNADA.							
Observaciones: CERUMEN TOTAL AO- ASTIGMATISMO SIN CORRECCION- ESTRABISMO OI- SOBREPESO							
N/A NO SE EVALUARON 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:							
VISIONOMETRÍA				EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL: PERMANENTE				USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES	
VALORACIÓN POR EPS: OPTOMETRÍA- LAVADO DE OÍDOS- NUTRICIÓN				SVE VISUAL		CONTROL DE PESO	
				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		HACER DEPORTE	
						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
PREVIAS							
<p>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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.</p>							
Médico				Aspirante o Trabajador			
Firma:				Firma:			
Nombre: GARAY URBINA JULIETH ANDREA				Nombre: GONZALEZ RINCON CRISTIAN CAMILO			
R. M.: 1033765179				CC: 1012455340			
L.S.O.: 987 DE 27 ENERO 2020				Codigo de Seguridad			
				T895Z1F17791			