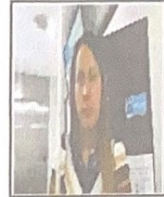




PORSALUD S.A.S


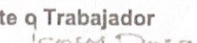
Calle 145A No. 94 A - 17 PBX: 7462603 - 7462753 Bogotá Colombia
Carrera 36 No. 34 - 71 Barzal Tel (038) 6627509 Villavicencio Meta
Página web: www.porsaludips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 66988

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
11	11	2022	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR DE INGRESO			
DÍA	MES	AÑO	Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULAR				PARTICULARES			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
DAZA FORERO JENCY LORENA				Genero	Edad	CC	Documento de Identificación
Apellidos y Nombres				FEMENINO	28 AÑOS 8 MESES 7 DÍAS	CC	1056412217
Carga				Tipo			
PROFESIONAL DE APOYO				Número			
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
APTO							
Observaciones: NO APLICA							
NO SE EVALUARON REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)							
N/A							
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NINGUNA		NINGUNA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR DE INGRESO							
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
		USO DE EPP			HACER DEPORTE		
		PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			DIETA BALANCEADA		
					HÁBITOS SALUDABLES		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
SE RECOMIENDA HIGIENE POSTURAL/SE RECOMIENDA EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO DE PIERNAS PARA FAVORECER EL RETORNO VENOSO/REALIZAR PAUSAS ACTIVAS PERIODICAS/ANTE EXPOSICIÓN A FACTORES DE RIESGO USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN PROFESIOGRAMA Y REALIZAR REPOSO AUDITIVO EXTRA LABORAL/ ÉNFASIS EN EL TRABAJO SEGURO/MANEJO ADECUADO DE CARGAS/USO DE PROTECCION SOLAR ADECUADA/ EL TRABAJADOR NO PRESENTA ALTERACIONES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y NO REFIERE SINTOMATOLOGIA OSTEOMUSCULAR							
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 verdicas							
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 completamente diligenciados en mi presencia y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
Declaro que he dado información verdadera sobre mi estado de salud y mis antecedentes personales que no he omitido ningún dato de importancia y autorizo al personal medico de la IPS a que se me practique el examen físico necesario. He leído y acepto los terminos de los consentimientos informados incluyendo (Venopuncion,HIV,PsicoActivas)...“De igual manera, certifico que he sido retroalimentado sobre los resultados de mi valoración médica ocupacional y las medidas de prevención que debo tomar”...							
FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
11	11	2022	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR DE INGRESO			
DÍA	MES	AÑO	Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							

PARTICULAR		PARTICULARES	
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)			
DAZA FORERO JENCY LORENA		Genero	Edad
		FEMENINO	28 AÑOS 8 MESES 7 DÍAS
Apellidos y Nombres		CC	1056412217
Carga		Tipo	Número
PROFESIONAL DE APOYO			
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL			
APTO			
Observaciones: NO APLICA			
NO SE EVALUARON REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)			N/A
RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NINGUNA	NINGUNA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:			
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR DE INGRESO <input checked="" type="checkbox"/>			
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
	USO DE EPP	HACER DEPORTE	
	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA	
		HÁBITOS SALUDABLES	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES			
SE RECOMIENDA HIGIENE POSTURAL/SE RECOMIENDA EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO DE PIERNAS PARA FAVORECER EL RETORNO VENOSO/REALIZAR PAUSAS ACTIVAS PERIODICAS/ANTE EXPOSICIÓN A FACTORES DE RIESGO USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN PROFESIOGRAMA Y REALIZAR REPOSO AUDITIVO EXTRA LABORAL/ ÉNFASIS EN EL TRABAJO SEGURO/MANEJO ADECUADO DE CARGAS/USO DE PROTECCION SOLAR ADECUADA/ EL TRABAJADOR NO PRESENTA ALTERACIONES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y NO REFIERE SINTOMATOLOGIA OSTEOMUSCULAR			
<p>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.</p> <p>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 completamente diligenciados en mi presencia y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.</p> <p>Declaro que he dado información verdadera sobre mi estado de salud y mis antecedentes personales que no he omitido ningún dato de importancia y autorizo al personal médico de la IPS a que se me practique el examen físico necesario. He leído y acepto los términos de los consentimientos informados incluyendo (Venopunción, HIV, PsicoActivas)...“De igual manera, certifico que he sido retroalimentado sobre los resultados de mi valoración médica ocupacional y las medidas de prevención que debo tomar”...</p>			
Médico		Aspirante o Trabajador	
 Firma: _____ Nombre: OSPINA ORTIZ OSCAR JAIR R. M.: 011825 MS 17223 SD L.S.O.: 6779 DE 09/02/2021		 Firma: _____ Nombre: DAZA FORERO JENCY LORENA CC: 1056412217	