SISA
Soluciones Integrales en Salud S.A.S
Nit. 900.426.534-5

Licencia para Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo
Resolución: 1375-25-07-2016 UES – Gobernación del Valle del Cauca

Ecografías – Electrocardiografías (Ekg) - Laboratorio Clínico - Medicina General.
Medicina Interna - Cirugía General - Medicina Ocupacional - Neurocirugía.
Nutricionista - Odontología - Ortodoncia - Optometría.
Espirometría - Psicología - Fonoaudiología..

SISTEMA DE GESTION EN SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO SG-SST.

INFORME EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Fecha 9 Dic 2021 Cargo que Aspira, Realiza o Deja Contadora Empresa Gobernación Del Valle

Tipo de Examen: Admisión X Periódico ___ Pos incapacidad ___ Reubicación ___ Retiro ___ Otro ___

Nombre Completo Vivian Andrea Moreno Marmolejo Doc. # 67024608 Sexo F.

F. Nacimiento 6 Feb 1985 Edad 36. Estado civil Casada Dir. Cr 22 # 20-62

Tel. 3206344759 Barrio Pedrero Ciudad Trujillo EPS Sanitas ARL ___ AFP ___

PRUEBAS DIAGNOSTICAS REALIZADAS	FECHA	RESULTADO

Ingreso PVE osteomuscular con enfasis en rodilla bilateral.

Recomendaciones Pausas activas, higiene postural, uso de EPP, valoración medico laboral periodica, estilo de Vida Saludable, ejercicio diario, alimentación balanceada.

El paciente examinado es Apto: ✓ Apto con recomendaciones: ___ Apto con restricciones: ___

El examinado es Apto para: ___

Definición Aptitud Médica Laboral.

___ Aceptado sin defectos ni enfermedad conocida.

___ Con defectos corregibles o no, pero que no disminuye su capacidad laboral.

___ Aplazado por tener una condición física que no ha sido controlada e interfiere su capacidad laboral.

___ En examen Médico de Retiro, ____ se hallaron defectos, traumas o enfermedades que ____ limitan su capacidad laboral.

___ En examen Médico Periódico, ____ se hallaron defectos, traumas o enfermedades que ____ limitan su capacidad laboral.

___ En examen Pos incapacidad, ____ se hallaron defectos, traumas o enfermedades que ____ limitan su capacidad laboral.

___ En examen Seguimiento, ____ se hallaron defectos, traumas o enfermedades que ____ limitan su capacidad laboral.

Declaración del examinado.

Certifico que toda la información suministrada por mí, y los resultados de los exámenes son verídicos y comprobables y Autorizo al Médico examinante para remitirlos al empleador y Autorizo el manejo o seguimiento de mi evolución médica. Declarando que hoy entregué toda la información completa y real sobre mi estado de salud y antecedentes medico laborales.

Luisa Fernanda Bermudez D.
CC 31 656 315
Medico Ocupacional
R M 63 848 / 18

Firma y sello del Médico.
Reg. MD.

Firma del examinado.
Doc. Ident. No. 67.024.608