NIT 900454102-6

Fecha
18/08/2022



CERTIFICADO MEDICO PERIODICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

INFORMACIÓN BÁSICA

Empresa:	EME INGENIERIA S.A. BIC	**Fecha de Nac.:**	01/03/1972	**Edad.:**	50
Nombre:	ESTHER VELANDIA PABON	**Documento:**	C.C. 63368662	**Escolaridad:**	POSGRADO
Cargo:	JEFE RECURSO HUMANO	**Actividad Economica:**	CONSTRUCCION	**Genero:**	FEMENINO
Estado Civil:	SOLTERO	**Dirección:**	CR 36 # 204-143 LA RONDA		
Municipio:	FLORIDABLANCA	**Teléfono:**	3016979656	**AFP:**	COLPENSIONES
EPS:	COOMEVA	**ARL:**	ARP SURA		

EXAMENES REALIZADOS

Servicio	Fecha	Resultado	Restriccion
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO	18/08/2022	Normal	N/A
VISIOMETRIA	18/08/2022	Normal	

CONCEPTO MEDICO

SATISFACTORIO

RECOMENDACIONES

Higiene Postural
pausas activas
Solicitar a la EPS evaluación y plan de manejo de su patología de origen común
Optometría:

OBSERVACIONES FINALES

Paciente quien no presenta restricciones según resolución 223 del 2021.
No presenta síntomas respiratorios, no se evidencia hallazgos asociados a infección por COVID 19 ni enfermedad respiratoria aguda.

RESTRICCIONES

Tipo de restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Tiempo

N/A

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

N/A

VACUNA COVID-19

Jansen

REMISIONES

N/A

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclinicos y las prueba complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Esta pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en el que se le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin preciones de ninguna índole y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declare que si he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expuesto, Autorizo a la IPS para realizarme los exámenes clínicos y paraclinico solicitados según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que sera entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemielogica o según correspondan, que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.
DECLARACIÓN DEL ASPIRANTE: Manifiesto con mi firma o huella que no omití datos relevantes en mis antecedentes que pudieran influir sobre la evaluación de estado de salud. Y así mismo AUTORIZO a OCUPASALUD S.A.S. a realizar la evaluación de salud.

ESTHER VELANDIA PABON
(63368662)

DRA. TATIANA PRADA GALVAN
Especialista en Salud Ocupacional
6757 / 1098620182

Puedes validar este examen en
https://www.ocupasalud.com con el siguiente codigo:
6SS68662471719