PREVENTIVA OCUPACIONAL S.A.S.
NIT. 901.055.001 - 2
Carrera 1 K 60-100, Barrio Los almendros, Cali - Valle del cauca, Colombia
Cel. 310 531 6800 - Tel. 447 3228 - E-mail. asocupacional@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 5.394

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
01 DÍA	08 MES	2023 AÑO	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	E.M.O. DE INGRESO CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE	
PARTICULAR	PARTICULAR
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

MOSQUERA HINCAPIE LAURA SOFIA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres	FEMENINO	27 AÑOS 6 MESES 22 DÍAS	CC Tipo	1107093853 Número

Cargo
PSICOLOGA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIÓN

Observaciones: *NO APLICA*

N/A | NO SE EVALUARÓN 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:

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	SVE VISUAL	HABITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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.

Médico

Firma: OSCAR CORTES VELA MEDICO ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL Lic. 331/21/MAR/2017

Nombre: CORTES VELA OSCAR GERMAN

R. M.: 8258/95-T.P. 8358 L.S.O.: 331/21/03/2017

Código de Seguridad
F673L1R5394

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: MOSQUERA HINCAPIE LAURA SOFIA

CC: 1107093853

Powered by CamScanner