CALLE 48C # 65 - 23
SECTOR SURAMERICANA
TELÉFONOS: 604 230 1810 - 300 912 5411
MEDELLÍN - COLOMBIA
E-mail: solicitudservicios@previlabor.co



DÍA	MES	AÑO
16	3	2024

Hora Registro: 11:22 AM

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL - PREEMPLEO

NOMBRE:	CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ PEREZ	**CEDULA:**	43438320	**EMPRESA CONTRATANTE:**	PARTICULAR
CIUDAD	Medellín	**CARGO:**	INDEPENDIENTE	**EMPRESA EN MISIÓN**	PARTICULAR
EPS	EPS SURA				

A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES

EXAMEN	FECHA
GLICEMIA	16/3/2024
VISIOMETRIA	16/3/2024

CONCEPTO VALORACION MEDICA

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

SIN LIMITACIONES O RESTRICCIONES

Se realizó examen médico con evaluación osteomuscular

CONDUCTA:

Para el Trabajador

- ACATAR NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
- REALIZAR EJERCICIO FISICO TRES VECES POR SEMANA.

Para Empresa

- INGRESAR AL SISTEMA DE VIGILANCIA VISUAL

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

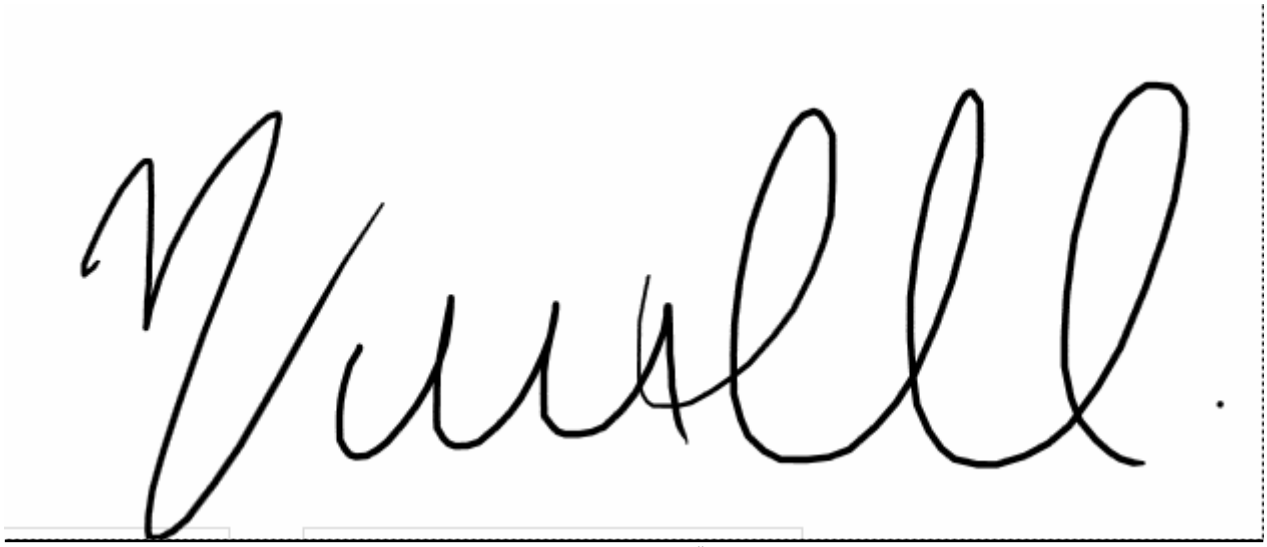
ENTRENAMIENTO FONIATRICO ADECUADO. HACER PAUSAS RESPIRATORIAS ; MANEJAR VOLUMENES APROPIADOS DE VOZ DE ACUERDO A LAS EXIGENCIAS; HIDRATAR BIEN LA GARGANTA ANTES DE USOS PROLONGADO O EXIGENTE DE LA VOZ.

INGRESAR A LOS PROGRAMAS Y/O SISTEMAS DE VIGILANCIA DE ACUERDO A LO DEFINIDO PARA SU CARGO Y TAREAS EN LA MATRIZ DE RIESGOS DE LA EMPRESA Y EN EL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SGSST).

SE RECOMIENDA CONTINUAR EN CONTROL Y SEGUIMIENTO POR OPTOMETRIA EN SU EPS ANUALMENTE.

Certifico que no he omitido información acerca de mi estado de salud, todo es verídico y puede ser confirmado

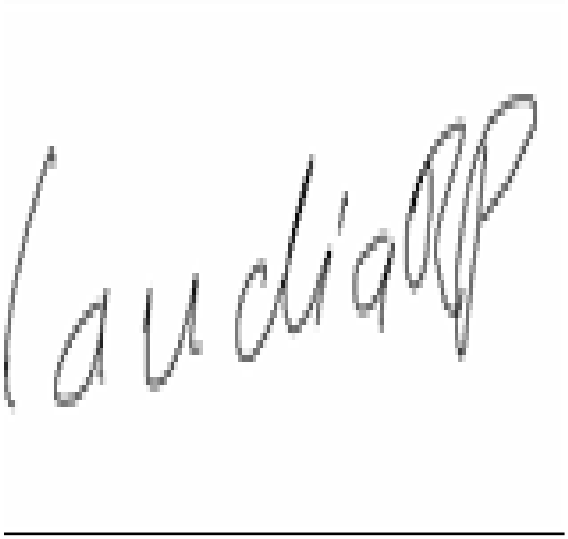
CONSENTIMIENTO INFORMADO
Certifico que he comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos de la Historia Clínica Ocupacional. También certifico que he discutido con la persona que me ha brindado la asesoría, el procedimiento mediante el cual recibiré mis resultados y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la realización de ésta(as) prueba(s) es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea realizado el examen.
Certifico que no he omitido información acerca de mi estado de salud, todo es verídico y puede ser confirmado, además que fui informado de las medidas que se tomarán para proteger la confiabilidad de mis resultados.



LEIDY VANESSA LONDOÑO URAN

Licencia No. 5512023

NOMBRE Y LICENCIA DEL ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL



FIRMA DEL TRABAJADOR

C.C. No.43438320