Meditac Salud IPS SAS
NIT. 901504245-1
Carrera 24 # 86 - 28
Cel. 317 522 4851 - Tel. 6016496259 - E-mail. meditacsalud@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 6.749

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
04 DÍA	08 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NIÑEZ ABANDONADA	FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NIÑEZ ABANDONADA

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
GUALTEROS VANEGAS ELDA MARLEN	FEMENINO	53 AÑOS 0 MESES 19 DÍAS	Tipo: CC	Número: 20678886

AUXILIAR DE ALIMENTOS

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CON RECOMENDACIONES PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

APTO	CUMPLE CON LOS REQUISITOS PARA 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:

EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	HONGOS EXAMEN DIRECTO KOH	✓
COPROLOGICO	✓	FROTIS FARINGEO	✓

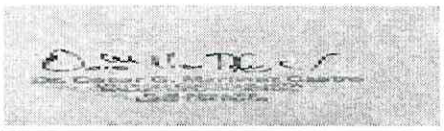
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR MEDIAS ANTIVÁRICES	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		HACER DEPORTE
VALORACIÓN POR EPS : CIRUGIA VASCULAR		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

..IZAR EJERCICIO 3 VECES POR SEMANA.
ALIMENTACIÓN SANA Y BALANCEADA, RICA EN PROTEÍNAS, BAJA EN SAL, BAJA EN GRASAS Y BAJA HARINAS.
USO DE MEDIAS COMPRESIVAS ANTIVARICES E HIGIENE VASCULAR.

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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



Firma:

Nombre: MARTINEZ CASTRO OSCAR GONZALO

R. M.: 3639/88 **L.S.O.:** 154774/16

Código de Seguridad
I1260O1U6749

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: GUALTEROS VANEGAS ELDA MARLEN

CC: 20678886

Meditac Salud IPS SAS
NIT. 901504245-1
Carrera 24 # 86 - 28
Cel. 317 522 4851 - Tel. 6016496259 - E-mail. meditacsalud@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 6.676

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
03 DÍA	08 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO CON ENFASIS EN MANIPULACION DE ALIMENTOS

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NIÑEZ ABANDONADA	FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NIÑEZ ABANDONADA

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
AGREDO GALVIS ALBA NORY	FEMENINO	58 AÑOS 8 MESES 3 DÍAS	CC (Tipo)	24577646 (Número)

Cargo
AUXILIAR SERVICIOS DE ALIMENTOS

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CUMPLE PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

APTO	PARA MANIPULAR ALIMENTOS CUMPLIENDO CON LOS REQUISITOS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	HONGOS EXAMEN DIRECTO KOH	✓
COPROLOGICO	✓	FROTIS FARINGEO	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR MEDIAS ANTIVÁRICES	USO DE EPP	CONTROL DE PESO
ESPECIALISTA : MEDICINA INTERNA, ORTOPEDIA	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
	SVE OSTEOMUSCULAR	HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTROL POR ORTOPEDIA.
PREVIO A INICIAR LA ACTIVIDAD O JORNADA LABORAL REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN MIEMBROS SUPERIORES POR 10 MINUTOS
PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN MIEMBROS SUPERIORES CADA 2 HORAS POR 10 MINUTOS
TENER POSTURAS ADECUADAS AL REALIZAR LA ACTIVIDAD
CONTROL POR MEDICINA INTERNA DE EPS.
REALIZAR EJERCICIO 3 VECES POR SEMANA.
ALIMENTACIÓN SANA Y BALANCEADA, RICA EN PROTEÍNAS, BAJA EN SAL, BAJA EN GRASAS Y BAJA HARINAS.
USO DE MEDIAS ANTIVARICES.

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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



Firma:

Nombre: FLORES FERNANDO JOSE

R. M.: 1092014427 **L.S.O.:** 8509

Código de Seguridad
U1260A1G6676

Aspirante o Trabajador

Firma: A Nora Nore -Rcd

Nombre: AGREDO GALVIS ALBA NORY

CC: 24577646

Software para el sector salud - www.biofile.com.co

Meditac Salud IPS

Meditac Salud IPS SAS

NIT. 901504245-1

Carrera 24 # 86 - 28

Cel. 317 522 4851 - Tel. 6016496259 - E-mail. meditacsalud@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 14.415

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
04 DÍA	04 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	**EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO CON ENFASIS EN MANIPULACION DE ALIMENTOS**

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	**Empresa en misión**
FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NIÑEZ ABANDONADA	**FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NIÑEZ ABANDONADA**

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
MEZA TORRES KEILA PATRICIA	FEMENINO	38 AÑOS 11 MESES 11 DÍAS	CC (Tipo)	55238974 (Número)

. .XILIAR DE COCINA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CON RECOMENDACIONES PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

APTO	CUMPLE CON LOS REQUISITOS PARA 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:

EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	HONGOS EXAMEN DIRECTO KOH	✓
COPROLOGICO	✓	FROTIS FARINGEO	✓

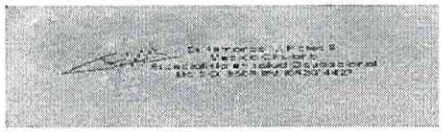
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : VALORACION POR MEDICINA GENERAL DE EPS.	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
ESPECIALISTA : CONTROL POR MEDICINA INTERNA Y NUTRICION DE EPS.	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

C. RAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

REALIZAR EJERCICIO CARDIOVASCULAR 3 VECES POR SEMANA.
CONSULTA PRIORITARIA EN LA EPS POR NUTRICIONISTA, PROGRAMA DE CRONICOS Y PROGRAMA DE OBESIDAD
ALIMENTACIÓN SANA Y BALANCEADA, RICA EN PROTEÍNAS, BAJA EN SAL, BAJA EN GRASAS Y BAJA HARINAS.
EVITAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS MAYORES A 10 KG.
REALIZAR GARGARISMOS DE MANERA PERIODICA.

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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma: 

Nombre: FLORES FERNANDO JOSE

R. M.: 1092014427 **L.S.O.:** 8509

Código de Seguridad
Q1260W1C14415

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: MEZA TORRES KEILA PATRICIA

CC: 55238974

Meditac Salud IPS SAS
NIT. 901504245-1
Carrera 24 # 86 - 28
Cel. 317 522 4851 - Tel. 6016496259 - E-mail. meditacsalud@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 14.328

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
02 DÍA	04 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO CON ENFASIS EN MANIPULACION DE ALIMENTOS

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NIÑEZ ABANDONADA	FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NIÑEZ ABANDONADA

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
RODRIGUEZ MARTA ADRIANA YELIPSA	FEMENINO	48 AÑOS 4 MESES 0 DÍAS	Tipo: CC	Número: 39572550

AUXILIAR DE COCINA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CUMPLE PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

APTO	CUMPLE CON LOS REQUISITOS PARA 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:

EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	HONGOS EXAMEN DIRECTO KOH	✓
COPROLOGICO	✓	FROTIS FARINGEO	✓

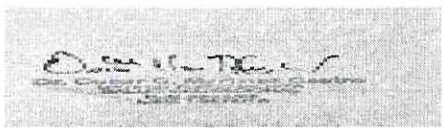
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

REALIZAR EJERCICIO Y ALIMENTACIÓN BALANCEADA PARA MANTENER ESTADO FÍSICO ACTUAL.
SE RECOMIENDA CONTROL AUDITIVO UNA VEZ AL AÑO
SE RECOMIENDA CONTROL VISUAL UNA VEZ AL AÑO

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:

Nombre: MARTINEZ CASTRO OSCAR GONZALO

R. M.: 3639/88 L.S.O.: 154774/16

Código de Seguridad
T1260Z1F14328

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: RODRIGUEZ MARTA ADRIANA YELIPSA

CC: 39572550