

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

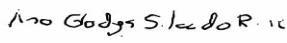
N° 1.259

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
16 DÍA	12 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE EGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"				FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
SALAZAR ZULUAGA NUBIA STELLA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	52 AÑOS 5 MESES 1 DÍAS	CC	42102449
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo							
SERVICIOS GENERALES							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
SATISFACTORIO (NO SE EVIDENCIA ALTERACIONES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD LABORAL)							
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 MEDICO OCUPACIONAL				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : EN SU EPS						HÁBITOS SALUDABLES	
						CONTROL DE PESO	
						HACER DEPORTE	
						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
NINGUNA							
<p>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.</p>							
Médico				Aspirante o Trabajador			
Firma:  Nombre: JIMENEZ MERCADO LINA MARGARITA R. M.: 706362008 L.S.O.: 15475-16				 Firma:  Nombre: SALAZAR ZULUAGA NUBIA STELLA CC: 42102449			
Código de Seguridad				CC: 42102449			
V1429B1H1259							



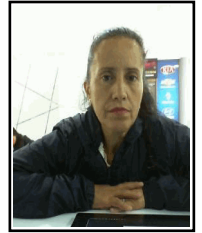
CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.242

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
16 DÍA	12 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE EGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"				FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
SALCEDO RUIZ ANA GLADYS				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	61 AÑOS 8 MESES 14 DÍAS	CC	35494290
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo							
AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
SATISFACTORIO (NO SE EVIDENCIA ALTERACIONES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD LABORAL)							
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 MEDICO OCUPACIONAL				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
CONTINUAR MANEJO MÉDICO						HÁBITOS SALUDABLES	
USAR MEDIAS ANTIVÁRICES						CONTROL DE PESO	
USAR CORRECCIÓN VISUAL							
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
-REALIZAR ACTIVIDAD FISICA CARDIOVASCULAR 2 A 3 VECES A LA SEMANA POR 30 MINUTOS.							
- ALIMENTACIÓN BALANCEADA, DIETA NORMOCALÓRICA RICA EN FRUTAS Y VERDURAS, BUENA HIDRATACIÓN.							
- MANTENER UNA BUENA SALUD E HIGIENE VISUAL.							
-USO PREVENTIVO DE MEDIAS DE COMPRESION							
-USO DE CORRECCION OPTICA PERMANENTE							
<p>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.</p>							
Médico				Aspirante o Trabajador			
<p>Firma: </p> <p>Nombre: FORERO BECERRA LAURA CATALINA</p>				<p></p> <p>Firma: </p> <p>Nombre: SALCEDO RUIZ ANA GLADYS</p>			

R. M.: 1015443100 L.S.O.: 5311 14/07/23 Código de Seguridad CC: 35494290

N1429T1Z1242



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.336

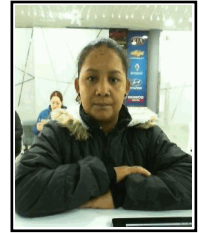
FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
29 DÍA	12 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE EGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"				FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
FORERO CASTRO FANNY				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	52 AÑOS 0 MESES 18 DÍAS	CC	52049020
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo							
AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
SATISFACTORIO (NO SE EVIDENCIA ALTERACIONES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD LABORAL)							
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 MEDICO OCUPACIONAL				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
PERSONALES:							
-REALIZAR ACTIVIDAD FISICA CARDIOVASCULAR 2 A 3 VECES A LA SEMANA POR 30 MINUTOS.							
- ALIMENTACIÓN BALANCEADA, DIETA NORMOCALÓRICA RICA EN FRUTAS Y VERDURAS, BUENA HIDRATACIÓN.							
- MANTENER UNA BUENA SALUD E HIGIENE VISUAL.							
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				Aspirante o Trabajador			
Firma:				Firma:			
Nombre: FORERO BECERRA LAURA CATALINA				Nombre: FORERO CASTRO FANNY			
R. M.: 1015443100				CC: 52049020			
L.S.O.: 5311 14/07/23				Código de Seguridad			
				H1429N1T1336			



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.334

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
29 DÍA	12 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE EGRESO	
			Ciudad		
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"			FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"		
Nombre de la empresa			Empresa en misión		
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)					
GIL MARIN LILIANA			Genero	Edad	Documento de Identificación
			FEMENINO	35 AÑOS 2 MESES 22 DÍAS	CC 1022353129
Apellidos y Nombres				Tipo	Número
Cargo MANIPULADOR DE ALIMENTOS					
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SATISFACTORIO (NO SE EVIDENCIA ALTERACIONES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD LABORAL)					
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 MEDICO OCUPACIONAL			✓		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
PERSONALES:					
-REALIZAR ACTIVIDAD FISICA CARDIOVASCULAR 2 A 3 VECES A LA SEMANA POR 30 MINUTOS.					
- ALIMENTACIÓN BALANCEADA, DIETA NORMOCALÓRICA RICA EN FRUTAS Y VERDURAS, BUENA HIDRATACIÓN.					
- MANTENER UNA BUENA SALUD E HIGIENE VISUAL.					
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			Aspirante o Trabajador		
Firma: 			Firma: 		
Nombre: FORERO BECERRA LAURA CATALINA			Nombre: GIL MARIN LILIANA		
R. M.: 1015443100		L.S.O.: 5311 14/07/23		Código de Seguridad	
				CC: 1022353129	
Y1429E1K1334					



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

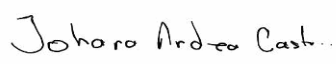
N° 1.243

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
16 DÍA	12 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE EGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"				FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
MARTINEZ PERALES ESMERALDA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	26 AÑOS 5 MESES 21 DÍAS	CC	1003334289
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo MANIPULADORA DE ALIMENTOS							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SATISFACTORIO (NO SE EVIDENCIA ALTERACIONES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD LABORAL)							
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 MEDICO OCUPACIONAL				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
						HÁBITOS SALUDABLES	
						CONTROL DE PESO	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
-REALIZAR ACTIVIDAD FISICA CARDIOVASCULAR 2 A 3 VECES A LA SEMANA POR 30 MINUTOS.							
- ALIMENTACIÓN BALANCEADA, DIETA NORMOCALÓRICA RICA EN FRUTAS Y VERDURAS, BUENA HIDRATACIÓN.							
- MANTENER UNA BUENA SALUD E HIGIENE VISUAL.							
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				Aspirante o Trabajador			
Firma: 				Firma: 			
Nombre: FORERO BECERRA LAURA CATALINA				Nombre: MARTINEZ PERALES ESMERALDA			
R. M.: 1015443100		L.S.O.: 5311 14/07/23		Código de Seguridad		CC: 1003334289	
				T1429Z1F1243			



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.289

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
16 DÍA	12 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE EGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"				FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
CASTRO RESTREPO JOHANA ANDREA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	38 AÑOS 4 MESES 21 DÍAS	CC	53134400
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargos							
MANIPULADORA DE ALIMENTOS							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
SATISFACTORIO (NO SE EVIDENCIA ALTERACIONES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD LABORAL)							
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 MEDICO OCUPACIONAL				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
CONTINUAR MANEJO MÉDICO						HÁBITOS SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL						CONTROL DE PESO	
						HACER DEPORTE	
						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
NINGUNA							
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				Aspirante o Trabajador			
Firma: 				Firma: 			
Nombre: JIMENEZ MERCADO LINA MARGARITA				Nombre: CASTRO RESTREPO JOHANA ANDREA			
R. M.: 706362008		L.S.O.: 15475-16		Código de Seguridad		CC: 53134400	
				M1429S1Y1289			



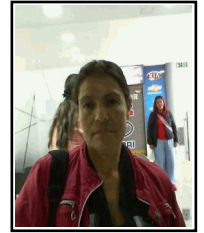
CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.293

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
16 DÍA	12 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE EGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"				FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
MARIN SANTAMARIA GLADYS SOFIA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	56 AÑOS 8 MESES 3 DÍAS	CC	63370159
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargos							
MANIPULADORA DE ALIMENTOS							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
SATISFACTORIO (NO SE EVIDENCIA ALTERACIONES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD LABORAL)							
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 MEDICO OCUPACIONAL				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
CONTINUAR MANEJO MÉDICO						HÁBITOS SALUDABLES	
USAR MEDIAS ANTIVÁRICES						CONTROL DE PESO	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
-REALIZAR ACTIVIDAD FISICA CARDIOVASCULAR 2 A 3 VECES A LA SEMANA POR 30 MINUTOS. - ALIMENTACIÓN BALANCEADA, DIETA NORMOCALÓRICA RICA EN FRUTAS Y VERDURAS, BUENA HIDRATACIÓN. - MANTENER UNA BUENA SALUD E HIGIENE VISUAL. -CONTINUAR MANEJO FARMACOLOGICO PARA PATOLOGIA DE BASE Y SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA DE SU EPS, SIN LIMITACION PARA SU LABOR ACTUAL -USO DIARIO DE MEDIAS DE COMPRESION							
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				Aspirante o Trabajador			
Firma: 				Firma: 			
Nombre: FORERO BECERRA LAURA CATALINA				Nombre: MARIN SANTAMARIA GLADYS SOFIA			

R. M.: 1015443100 L.S.O.: 5311 14/07/23 Código de Seguridad CC: 63370159

E1429K1Q1293



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.285

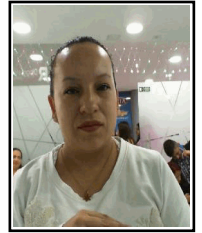
FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
16 DÍA	12 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE EGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"				FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
RUIZ CASTILLO OLGA MARINA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	53 AÑOS 2 MESES 9 DÍAS	CC	52066022
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo MANIPULADORA DE ALIMENTOS							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SATISFACTORIO (NO SE EVIDENCIA ALTERACIONES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD LABORAL)							
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 MEDICO OCUPACIONAL				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO						HÁBITOS SALUDABLES	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
NINGUNA							
<p>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.</p>							
Médico Firma:  Nombre: JIMENEZ MERCADO LINA MARGARITA R. M.: 706362008 L.S.O.: 15475-16				Aspirante o Trabajador  Firma:  Nombre: RUIZ CASTILLO OLGA MARINA CC: 52066022			
Código de Seguridad B1429H1N1285							



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.240

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
15 DÍA	12 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE EGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"				FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
MENDEZ CARDENAS CAROLINA ANDREA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	26 AÑOS 10 MESES 28 DÍAS	CC	1012440666
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo							
SERVICIOS GENERALES							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
SATISFACTORIO (NO SE EVIDENCIA ALTERACIONES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD LABORAL)							
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 MEDICO OCUPACIONAL				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
						HÁBITOS SALUDABLES	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
NINGUNA							
<p>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.</p>							
Médico				Aspirante o Trabajador			
Firma: 				Firma: 			
Nombre: JIMENEZ MERCADO LINA MARGARITA				Nombre: MENDEZ CARDENAS CAROLINA ANDREA			
R. M.: 706362008		L.S.O.: 15475-16		Código de Seguridad		CC: 1012440666	
				L1429R1X1240			



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.279

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
16 DÍA	12 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE EGRESO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"				FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
CABALLERO BENAVIDES LILIANA MARCELA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				FEMENINO	35 AÑOS 2 MESES 25 DÍAS	CC	1030549835
Cargo						Tipo	Número
AUXILIAR PEDAGÓGICA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
SATISFACTORIO (NO SE EVIDENCIA ALTERACIONES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD LABORAL)							
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 MEDICO OCUPACIONAL				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
						HÁBITOS SALUDABLES	
						CONTROL DE PESO	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
-REALIZAR ACTIVIDAD FISICA CARDIOVASCULAR 2 A 3 VECES A LA SEMANA POR 30 MINUTOS.							
- ALIMENTACIÓN BALANCEADA, DIETA NORMOCALÓRICA RICA EN FRUTAS Y VERDURAS, BUENA HIDRATACIÓN.							
- MANTENER UNA BUENA SALUD E HIGIENE VISUAL.							
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				Aspirante o Trabajador			
Firma:				Firma:			
Nombre: FORERO BECERRA LAURA CATALINA				Nombre: CABALLERO BENAVIDES LILIANA MARCELA			
R. M.: 1015443100		L.S.O.: 5311 14/07/23		Código de Seguridad		CC: 1030549835	
				C14291101279			



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.231

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
15 DÍA	12 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE EGRESO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"				FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
CRUZ RAMIREZ ANGY JULIETH				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	29 AÑOS 0 MESES 12 DÍAS	CC	1033770570
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo AUXILIAR PEDAGÓGICA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SATISFACTORIO (NO SE EVIDENCIA ALTERACIONES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD LABORAL)							
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 MEDICO OCUPACIONAL				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : CONTINUAR CONTROLES PRENATALES Y POR ESPECIALISTA TRATANTE EN SU EPS						HÁBITOS SALUDABLES	
						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
NINGUNA							
<p>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.</p>							
Médico				Aspirante o Trabajador			
Firma:				Firma:			
Nombre: JIMENEZ MERCADO LINA MARGARITA				Nombre: CRUZ RAMIREZ ANGY JULIETH			
R. M.: 706362008		L.S.O.: 15475-16		Código de Seguridad		CC: 1033770570	
				P1429V1B1231			



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.284

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
16 DÍA	12 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE EGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"				FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
GUERRERO CAUCALI ELSA PAOLA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	36 AÑOS 7 MESES 20 DÍAS	CC	1024472389
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo AUXILIAR PEDAGÓGICA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SATISFACTORIO (NO SE EVIDENCIA ALTERACIONES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD LABORAL)							
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 MEDICO OCUPACIONAL				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
						DEJAR DE FUMAR	
						HÁBITOS SALUDABLES	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
-REALIZAR ACTIVIDAD FISICA CARDIOVASCULAR 2 A 3 VECES A LA SEMANA POR 30 MINUTOS.							
- ALIMENTACIÓN BALANCEADA, DIETA NORMOCALÓRICA RICA EN FRUTAS Y VERDURAS, BUENA HIDRATACIÓN.							
- MANTENER UNA BUENA SALUD E HIGIENE VISUAL.							
-TOMA DE CITOLGIA							
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				Aspirante o Trabajador			
Firma: 				Firma: 			
Nombre: FORERO BECERRA LAURA CATALINA				Nombre: GUERRERO CAUCALI ELSA PAOLA			
R. M.: 1015443100		L.S.O.: 5311 14/07/23		Código de Seguridad		CC: 1024472389	
				W1429C1I1284			



N° 1.347

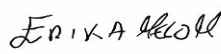
CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

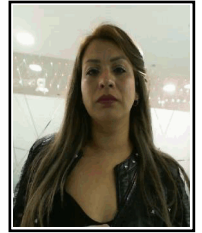
FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
29 DÍA	12 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE EGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"				FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
RIVERA ROJAS ANGIE PAOLA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	26 AÑOS 11 MESES 28 DÍAS	CC	1022423149
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo AUXILIAR PEDAGOGICA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SATISFACTORIO (NO SE EVIDENCIA ALTERACIONES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD LABORAL)							
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 MEDICO OCUPACIONAL				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
<p>PERSONALES:</p> <ul style="list-style-type: none"> -REALIZAR ACTIVIDAD FISICA CARDIOVASCULAR 2 A 3 VECES A LA SEMANA POR 30 MINUTOS. - ALIMENTACIÓN BALANCEADA, DIETA NORMOCALÓRICA RICA EN FRUTAS Y VERDURAS, BUENA HIDRATACIÓN. - MANTENER UNA BUENA SALUD E HIGIENE VISUAL. - CONTINUAR CONTROLES PRENATALES <p>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.</p>							
Médico				Aspirante o Trabajador			
<p>Firma:</p>  <p>Nombre: FORERO BECERRA LAURA CATALINA</p> <p>R. M.: 1015443100 L.S.O.: 5311 14/07/23</p>				<p>Firma:</p>  <p>Nombre: RIVERA ROJAS ANGIE PAOLA</p> <p>CC: 1022423149</p>			
Código de Seguridad				D1429J1P1347			



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.258

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
16 DÍA	12 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE EGRESO	
			Ciudad		
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"			FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"		
Nombre de la empresa			Empresa en misión		
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)					
MELO MORERA ERIKA LORENA			Genero	Edad	Documento de Identificación
			FEMENINO	33 AÑOS 4 MESES 3 DÍAS	CC 1018436914
Apellidos y Nombres				Tipo	Número
Cargo DOCENTE					
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SATISFACTORIO (NO SE EVIDENCIA ALTERACIONES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD LABORAL)					
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 MEDICO OCUPACIONAL			✓		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
CONTINUAR MANEJO MÉDICO				HACER DEPORTE	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
-REALIZAR ACTIVIDAD FISICA CARDIOVASCULAR 2 A 3 VECES A LA SEMANA POR 30 MINUTOS.					
- ALIMENTACIÓN BALANCEADA, DIETA NORMOCALÓRICA RICA EN FRUTAS Y VERDURAS, BUENA HIDRATACIÓN.					
- MANTENER UNA BUENA SALUD E HIGIENE VISUAL.					
-CONTINUAR CON ADHERENCIA FARMACOLOGICA PARA TRATAMIENTO DE PATOLOGIA DE BASE					
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			Aspirante o Trabajador		
 Firma: _____ Nombre: FORERO BECERRA LAURA CATALINA R. M.: 1015443100 L.S.O.: 5311 14/07/23			 Firma:  Nombre: MELO MORERA ERIKA LORENA CC: 1018436914		
Código de Seguridad			CC: 1018436914		
L1429R1X1258					



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

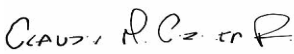
N° 1.288

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
16 DÍA	12 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE EGRESO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"				FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
GOMEZ RAMIREZ LADY VIVIANA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				FEMENINO	34 AÑOS 10 MESES 8 DÍAS	CC	1073680194
						Tipo	Número
Cargo DOCENTE							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SATISFACTORIO (NO SE EVIDENCIA ALTERACIONES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD LABORAL)							
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 MEDICO OCUPACIONAL				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
USAR MEDIAS ANTIVÁRICES					HÁBITOS SALUDABLES		
					FORTALECIMIENTO MUSCULAR		
					CONTROL DE PESO		
					HACER DEPORTE		
					DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
NINGUNA							
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				Aspirante o Trabajador			
Firma:				Firma:			
Nombre: JIMENEZ MERCADO LINA MARGARITA				Nombre: GOMEZ RAMIREZ LADY VIVIANA			
R. M.: 706362008		L.S.O.: 15475-16		Código de Seguridad		CC: 1073680194	
				C14291101288			



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.287

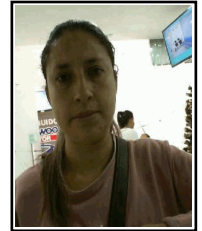
FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
16 DÍA	12 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE EGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"				FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
CORREA RINCON CLAUDIA MARCELA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	40 AÑOS 5 MESES 7 DÍAS	CC	52758632
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo DOCENTE							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SATISFACTORIO (NO SE EVIDENCIA ALTERACIONES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD LABORAL)							
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 MEDICO OCUPACIONAL				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL						HÁBITOS SALUDABLES	
						CONTROL DE PESO	
						HACER DEPORTE	
						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
NO SE EVIDENCIA ALTERACIONES RELACIONADAS CON LA LABOR							
<p>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.</p>							
Médico Firma:  Nombre: JIMENEZ MERCADO LINA MARGARITA R. M.: 706362008 L.S.O.: 15475-16				Aspirante o Trabajador Firma:  Nombre: CORREA RINCON CLAUDIA MARCELA CC: 52758632			
				 Código de Seguridad C14291101287			



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.274

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
16 DÍA	12 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE EGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"				FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
GONZALEZ SALINAS NUBIA HELENA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	49 AÑOS 6 MESES 6 DÍAS	CC	46676579
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo DOCENTE							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SATISFACTORIO (NO SE EVIDENCIA ALTERACIONES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD LABORAL)							
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 MEDICO OCUPACIONAL				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
						HÁBITOS SALUDABLES	
						CONTROL DE PESO	
						HACER DEPORTE	
						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
NINGUNA							
<p>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.</p>							
Médico Firma:  Nombre: JIMENEZ MERCADO LINA MARGARITA R. M.: 706362008 L.S.O.: 15475-16				Aspirante o Trabajador Firma:  Nombre: GONZALEZ SALINAS NUBIA HELENA CC: 46676579			
				 Código de Seguridad 01429U1A1274			



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.262

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
16 DÍA	12 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE EGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"				FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
GIL MARIN MARIA CRISTINA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	37 AÑOS 4 MESES 13 DÍAS	CC	1033681424
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo DOCENTE							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SATISFACTORIO (NO SE EVIDENCIA ALTERACIONES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD LABORAL)							
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 MEDICO OCUPACIONAL				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
USAR MEDIAS ANTIVÁRICES							
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
-REALIZAR ACTIVIDAD FISICA CARDIOVASCULAR 2 A 3 VECES A LA SEMANA POR 30 MINUTOS.							
- ALIMENTACIÓN BALANCEADA, DIETA NORMOCALÓRICA RICA EN FRUTAS Y VERDURAS, BUENA HIDRATACIÓN.							
- MANTENER UNA BUENA SALUD E HIGIENE VISUAL.							
-USO DE MEDIAS DE COMPRESION							
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				Aspirante o Trabajador			
Firma: 				Firma: 			
Nombre: FORERO BECERRA LAURA CATALINA				Nombre: GIL MARIN MARIA CRISTINA			
R. M.: 1015443100		L.S.O.: 5311 14/07/23		Código de Seguridad		CC: 1033681424	
				E1429K1Q1262			



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.290

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
16 DÍA	12 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE EGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"				FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
GOMEZ LAVERDE BRIGITTE SAMIRA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	27 AÑOS 10 MESES 13 DÍAS	CC	1023949610
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo DOCENTE							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SATISFACTORIO (NO SE EVIDENCIA ALTERACIONES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD LABORAL)							
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 MEDICO OCUPACIONAL				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : CONTINUAR						HÁBITOS SALUDABLES	
CONTROLES PRENATALES EN SU EPS							
USAR CORRECCIÓN VISUAL							
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
NINGUNO							
<p>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.</p>							
Médico Firma:  Nombre: JIMENEZ MERCADO LINA MARGARITA R. M.: 706362008 L.S.O.: 15475-16				Aspirante o Trabajador  Firma:  Nombre: GOMEZ LAVERDE BRIGITTE SAMIRA CC: 1023949610			
				Código de Seguridad W1429C111290			



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.232

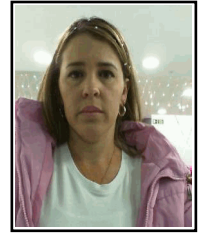
FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
15 DÍA	12 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE EGRESO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"				FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
CAMELO JENIFFER YULIETH				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				FEMENINO	31 AÑOS 2 MESES 9 DÍAS	CC	1024533613
						Tipo	Número
Cargo AGENTE EDUCATIVA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SATISFACTORIO (NO SE EVIDENCIA ALTERACIONES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD LABORAL)							
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 MEDICO OCUPACIONAL				-----			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
						HÁBITOS SALUDABLES	
						CONTROL DE PESO	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
-REALIZAR ACTIVIDAD FISICA CARDIOVASCULAR 2 A 3 VECES A LA SEMANA POR 30 MINUTOS.							
- ALIMENTACIÓN BALANCEADA, DIETA NORMOCALÓRICA RICA EN FRUTAS Y VERDURAS, BUENA HIDRATACIÓN.							
- MANTENER UNA BUENA SALUD E HIGIENE VISUAL.							
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				Aspirante o Trabajador			
Firma: 				Firma: 			
Nombre: FORERO BECERRA LAURA CATALINA				Nombre: CAMELO JENIFFER YULIETH			
R. M.: 1015443100		L.S.O.: 5311 14/07/23		Código de Seguridad		CC: 1024533613	
				Z1429F1L1232			



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

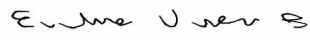
N° 1.280

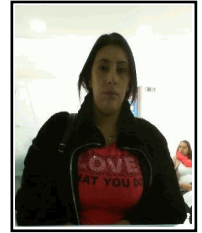
FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
16 DÍA	12 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE EGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"				FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
ORTEGON SERRATO MAYERLI				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	31 AÑOS 5 MESES 18 DÍAS	CC	1030612039
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargos DOCENTE							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SATISFACTORIO (NO SE EVIDENCIA ALTERACIONES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD LABORAL)							
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 MEDICO OCUPACIONAL				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
						HÁBITOS SALUDABLES	
						CONTROL DE PESO	
						HACER DEPORTE	
						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
NINGUNA							
<p>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.</p>							
Médico Firma:  Nombre: JIMENEZ MERCADO LINA MARGARITA R. M.: 706362008 L.S.O.: 15475-16				Aspirante o Trabajador  Firma:  Nombre: ORTEGON SERRATO MAYERLI CC: 1030612039			
Código de Seguridad J1429P1V1280							



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

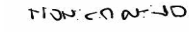
N° 1.282

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
16 DÍA	12 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE EGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"				FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
VARGAS BERMUDEZ EVELIN JULIETH				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	33 AÑOS 1 MESES 5 DÍAS	CC	1116789182
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo DOCENTE							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SATISFACTORIO (NO SE EVIDENCIA ALTERACIONES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD LABORAL)							
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 MEDICO OCUPACIONAL				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
VALORACIÓN POR EPS						HÁBITOS SALUDABLES	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
NINGUNA							
<p>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.</p>							
Médico Firma:  Nombre: JIMENEZ MERCADO LINA MARGARITA R. M.: 706362008 L.S.O.: 15475-16				Aspirante o Trabajador Firma:  Nombre: VARGAS BERMUDEZ EVELIN JULIETH CC: 1116789182			
R. M.: 706362008 L.S.O.: 15475-16				Código de Seguridad B1429H1N1282			



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.342

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
29 DÍA	12 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE EGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"				FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
NIÑO ESPITIA MONICA LETICIA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	33 AÑOS 5 MESES 2 DÍAS	CC	1030577538
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargos AGENTE EDUCATIVA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SATISFACTORIO (NO SE EVIDENCIA ALTERACIONES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD LABORAL)							
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 MEDICO OCUPACIONAL				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
						HÁBITOS SALUDABLES	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
PERSONALES:							
-REALIZAR ACTIVIDAD FISICA CARDIOVASCULAR 2 A 3 VECES A LA SEMANA POR 30 MINUTOS.							
- ALIMENTACIÓN BALANCEADA, DIETA NORMOCALÓRICA RICA EN FRUTAS Y VERDURAS, BUENA HIDRATACIÓN.							
- MANTENER UNA BUENA SALUD E HIGIENE VISUAL.							
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				Aspirante o Trabajador			
Firma: 				Firma: 			
Nombre: FORERO BECERRA LAURA CATALINA				Nombre: NIÑO ESPITIA MONICA LETICIA			
R. M.: 1015443100		L.S.O.: 5311 14/07/23		Código de Seguridad		CC: 1030577538	
				F1429L1R1342			



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.277

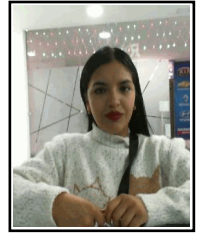
FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
16 DÍA	12 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE EGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"				FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
CUCARIAN ROBAYO LILIANA MARIA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	35 AÑOS 11 MESES 27 DÍAS	CC	1054372516
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo DOCENTE							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SATISFACTORIO (NO SE EVIDENCIA ALTERACIONES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD LABORAL)							
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 MEDICO OCUPACIONAL				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
						HÁBITOS SALUDABLES	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
- REALIZAR ACTIVIDAD FISICA CARDIOVASCULAR 2 A 3 VECES A LA SEMANA POR 30 MINUTOS.							
- ALIMENTACIÓN BALANCEADA, DIETA NORMOCALÓRICA RICA EN FRUTAS Y VERDURAS, BUENA HIDRATACIÓN.							
- MANTENER UNA BUENA SALUD E HIGIENE VISUAL.							
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				Aspirante o Trabajador			
Firma: 				Firma: 			
Nombre: FORERO BECERRA LAURA CATALINA				Nombre: CUCARIAN ROBAYO LILIANA MARIA			
R. M.: 1015443100		L.S.O.: 5311 14/07/23		Código de Seguridad		CC: 1054372516	
				W1429C1I1277			



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.272

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
16 DÍA	12 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE EGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"				FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
ROJAS ARAQUE OLGA CUSTODIA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	51 AÑOS 9 MESES 25 DÍAS	CC	39800201
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargos DOCENTE							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SATISFACTORIO (NO SE EVIDENCIA ALTERACIONES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD LABORAL)							
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 MEDICO OCUPACIONAL				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
USAR MEDIAS ANTIVÁRICES						HÁBITOS SALUDABLES	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
-REALIZAR ACTIVIDAD FISICA CARDIOVASCULAR 2 A 3 VECES A LA SEMANA POR 30 MINUTOS.							
- ALIMENTACIÓN BALANCEADA, DIETA NORMOCALÓRICA RICA EN FRUTAS Y VERDURAS, BUENA HIDRATACIÓN.							
- MANTENER UNA BUENA SALUD E HIGIENE VISUAL.							
-USO DE MEDIAS DE COMPRESION DE BAJA INTENSIDAD (PREVENTIVAS)							
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				Aspirante o Trabajador			
Firma:				Firma:			
Nombre: FORERO BECERRA LAURA CATALINA				Nombre: ROJAS ARAQUE OLGA CUSTODIA			
R. M.: 1015443100				CC: 39800201			
L.S.O.: 5311 14/07/23				Código de Seguridad			
				N1429T1Z1272			



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.321

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
28 DÍA	12 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE EGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"				FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
CRISTANCHO RODRIGUEZ JAILY TATIANA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	20 AÑOS 3 MESES 1 DÍAS	CC	1001065303
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo AUXILIAR ADMINISTRATIVO							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SATISFACTORIO (NO SE EVIDENCIA ALTERACIONES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD LABORAL)							
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 MEDICO OCUPACIONAL				-----			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
TRABAJO ADMINISTRATIVO:							
LABORALES:							
-CAPACITACIÓN EN FACTORES DE RIESGO Y EN PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES Y LESIONES DE ORIGEN LABORAL.							
- INDUCCION EN HIGIENE POSTURAL Y AUTOCUIDADO DE COLUMNA.							
-PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO CON EL PROGRAMA ESTABLECIDO POR LA EMPRESA.							
-INCENTIVAR ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN SITIO DE TRABAJO.							
PERSONALES:							
-REALIZAR ACTIVIDAD FISICA CARDIOVASCULAR 2 A 3 VECES A LA SEMANA POR 30 MINUTOS.							
- ALIMENTACIÓN BALANCEADA, DIETA NORMOCALÓRICA RICA EN FRUTAS Y VERDURAS, BUENA HIDRATACIÓN.							
- MANTENER UNA BUENA SALUD E HIGIENE VISUAL.							
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: FORERO BECERRA LAURA CATALINA

R. M.: 1015443100

L.S.O.: 5311 14/07/23



Código de Seguridad

O1429U1A1321

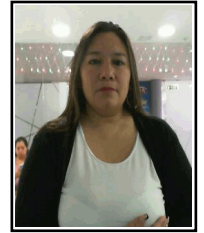
Aspirante o Trabajador

Firma:



Nombre: CRISTANCHO RODRIGUEZ JAILY TATIANA

CC: 1001065303



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.319

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
28 DÍA	12 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE EGRESO	
			Ciudad		
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"			FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"		
Nombre de la empresa			Empresa en misión		
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)					
PEÑUELA MUÑOZ DIANA ROCIO			Genero	Edad	Documento de Identificación
			FEMENINO	39 AÑOS 4 MESES 5 DÍAS	CC 53098592
Apellidos y Nombres				Tipo	Número
Cargo COORDINADOR					
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SATISFACTORIO (NO SE EVIDENCIA ALTERACIONES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD LABORAL)					
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 MEDICO OCUPACIONAL			-----		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
				CONTROL DE PESO	
				HACER DEPORTE	
				DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
TRABAJO ADMINISTRATIVO:					
LABORALES:					
-CAPACITACIÓN EN FACTORES DE RIESGO Y EN PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES Y LESIONES DE ORIGEN LABORAL.					
- INDUCCION EN HIGIENE POSTURAL Y AUTOCUIDADO DE COLUMNA.					
-PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO CON EL PROGRAMA ESTABLECIDO POR LA EMPRESA.					
-INCENTIVAR ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN SITIO DE TRABAJO.					
PERSONALES:					
-REALIZAR ACTIVIDAD FISICA CARDIOVASCULAR 2 A 3 VECES A LA SEMANA POR 30 MINUTOS.					
- ALIMENTACIÓN BALANCEADA, DIETA NORMOCALÓRICA RICA EN FRUTAS Y VERDURAS, BUENA HIDRATACIÓN.					
- MANTENER UNA BUENA SALUD E HIGIENE VISUAL.					
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: FORERO BECERRA LAURA CATALINA

R. M.: 1015443100

L.S.O.: 5311 14/07/23

Código de Seguridad

P1429V1B1319



Aspirante o Trabajador

Firma:



Nombre: PEÑUELA MUÑOZ DIANA ROCIO

CC: 53098592