



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.524

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
24 DÍA	02 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PRE-EMPLEO			
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)							
BERMUDEZ PALMA JULY ANDREA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				FEMENINO	32 AÑOS 2 MESES 30 DÍAS	CC	1019065624
Carga				Tipo			
AUXILIAR PEDAGÓGICA				Número			
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
APTO SIN RESTRICCIONES							
Observaciones: NO APLICA							
APTO				CONSULTA EXTERNA MEDICO LABORAL			
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		USO DE EPP			HABITOS SALUDABLES		
		SVE AUDITIVO			CONTROL DE PESO		
		PAÚSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA		
		SVE OSTEOMUSCULAR			DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
<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: PALOMINO HERNANDEZ JOSE ALEJANDRO</p>				<p>Firma: </p> <p>Nombre: BERMUDEZ PALMA JULY ANDREA</p>			
R. M.: 91070992		L.S.O.: RESOLUCION 12146		Codigo de Seguridad		CC: 1019065624	
K1429Q1W1524							



N° 1.493

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
23	02	2024	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)		
DÍA	MES	AÑO	Ciudad		
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PRE-EMPLEO					
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)					
RODRIGUEZ AMAYA LUZ ANGELA			Genero	Edad	Documento de Identificación
Apellidos y Nombres			FEMENINO	49 AÑOS 2 MESES 28 DÍAS	CC 38286929
Cargos			Tipo		
MANIPULADOR DE ALIMENTOS			Número		
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL					
APTO SIN RESTRICCIONES					
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		USO DE EPP		HÁBITOS SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL		SVE VISUAL : POR GAFAS		CONTROL DE PESO	
VALORACIÓN POR EPS : VALORACION POR EPS PARA DEFINIR CONDUCTA Y MANEJO POR PESO ELEVADO		SVE CARDIOVASCULAR : POR PESO ELEVADO		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
		PAÚSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		HACER DEPORTE	
				DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
CONTINUAR CON MEDIDAS DE AUTOCUIDADO, RECOMENDACIONES GENERALES Y DE SALUD OCUPACIONAL, PREVENCIÓN COVID 19, DIETA BAJA EN GRASAS Y CALORÍAS, EJERCICIO 30 MIN POR VEZ, MEDIAS DE COMPRESIÓN BAJA, CORRECCIÓN VISUAL SEGÚN INDICACIONES DE OPTOMETRÍA, VALORACIÓN POR EPS PARA DEFINIR CONDUCTA Y MANEJO POR PESO ELEVADO					
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: PERA GALVEZ ERIKA MARCELA		Nombre: RODRIGUEZ AMAYA LUZ ANGELA			
R. M.: RM. 01256/99		CC: 38286929			
L.S.O.: LIC. SO: 10519/2016		Código de Seguridad			
		P1429V1B1493			



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.479

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
23 DÍA	02 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)		
			EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PRE-EMPLEO		
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)					
ARIAS BARACALDO JULIETH STEFANNY			Genero	Edad	Documento de Identificación
Apellidos y Nombres			FEMENINO	20 AÑOS 11 MESES 13 DÍAS	CC 1000350852
				Tipo	Número
Cargo AUXILIAR PEDAGOGICA					
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO SIN RESTRICCIONES					
Observaciones: NO APLICA					
APTO		CONSULTA EXTERNA MEDICO LABORAL			
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 CORRECCIÓN VISUAL		USO DE EPP			
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
<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: PALOMINO HERNANDEZ JOSE ALEJANDRO R. M.: 91070992			 Firma: <u>Julieth A</u> Nombre: ARIAS BARACALDO JULIETH STEFANNY CC: 1000350852		
L.S.O.: RESOLUCION 1214			Código de Seguridad Y1429E1K1479		



N° 1.487

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN		BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)		TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PRE-EMPLOO	
23	02	2024	ANO				
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)							
PEÑA ZIPA MARIA HELENA				Genero		Edad	
Apellidos y Nombres				FEMENINO		33 AÑOS 4 MESES 25 DÍAS	
Cargos				Documento de Identificación		CC	
MANIPULADORA DE ALIMENTOS				Tipo		1012369880	
Número							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL				APTO SIN RESTRICCIONES			
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		SVE CARDIOVASCULAR : POR PES ELEVADO		HABITOS SALUDABLES			
VALORACIÓN POR EPS : SE SOLICITA VALORACION POR EPS POR PATOLOGIA CRONICA / CIRUGIA GENERAL PARA DEFINIR CONDUCTA Y MANEJO				CONTROL DE PESO			
				ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA			
				HACER DEPORTE			
				DIETA BALANCEADA			
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
CONTINUAR CON MEDIDAS DE AUTOCUIDADO, RECOMENDACIONES GENERALES Y DE SALUD OCUPACIONAL, PREVENCIÓN COVID 19, DIETA BAJA EN GRASAS Y CALORIAS, EJERCICIO 3V/SEM 30 MIN POR VEZ, MEDIAS DE COMPRESIN BAJA , SE SOLICITA VALORACION POR EPS POR PATOLOGIA CRONICA / CIRUGIA GENERAL PARA DEFINIR CONDUCTA Y MANEJO , NO LEVANTAMIENTO DE CARGAS , SI SE REQUIERE UTILIZAR CINTURON DE SEGURIDAD ABDOMINOLUMBAR							
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: MARIA PEÑA			
Nombre: PÉRA GALVEZ ERIKA MARCELA				Nombre: PEÑA ZIPA MARIA HELENA			

Impreso el 26/02/2024 a las 06:57 p.m.



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.529

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
24 DÍA	02 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)		
			EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PRE-EMPLEO		
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)					
URIBE NIEVES LILIANA			Genero	Edad	Documento de Identificación
Apellidos y Nombres			FEMENINO	49 AÑOS 8 MESES 18 DÍAS	CC 52319094
Carga				Tipo	Número
DOCENTE					
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL					
APTO SIN RESTRICCIONES					
Observaciones: NO APLICA					
APTO			CONSULTA EXTERNA MEDICO LABORAL		
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		USO DE EPP		HÁBITOS SALUDABLES	
		PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		CONTROL DE PESO	
				ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
				DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
<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: PALOMINO HERNANDEZ JOSE ALEJANDRO R. M.: 91070992 L.S.O.: RESOLUCION 1214 Código de Seguridad T1429Z1F1529			 Firma: Liliana Uribe Nombre: URIBE NIEVES LILIANA CC: 52319094		



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.520

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
24 DÍA	02 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)		
			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)					
MESA ORTIZ MARGARITA ALICIA			Genero	Edad	Documento de Identificación
Apellidos y Nombres			FEMENINO	39 AÑOS 0 MESES 10 DÍAS	CC 52918385
Carga				Tipo	Número
COORDINADORA					
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL					
APTO SIN RESTRICCIONES					
Observaciones: NO APLICA					
APTO			CONSULTA EXTERNA MEDICO LABORAL		
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		USO DE EPP		CONTROL DE PESO	
		SVE CARDIOVASCULAR		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
		PAÚSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		HACER DEPORTE	
				DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
<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: PALOMINO HERNANDEZ JOSE ALEJANDRO R. M.: 91070992 L.S.O.: RESOLUCION 12146 Código de Seguridad			 Firma: _____ Nombre: MESA ORTIZ MARGARITA ALICIA CC: 52918385		
R1429X1D1520					



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.495

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
23 DÍA	02 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)		
			EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PRE-EMPLEO		
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)					
LOMBANA RAMIREZ MARIA GUADALUPE			Genero	Edad	Documento de Identificación
Apellidos y Nombres			FEMENINO	53 AÑOS 7 MESES 16 DÍAS	CC 52015967
Cargo					
DOCENTE					
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL					
APTO SIN RESTRICCIONES					
Observaciones: NO APLICA					
APTO			CONSULTA EXTERNA MEDICO LABORAL		
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	
		USO DE EPP		HACER DEPORTE	
		PAÚSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
<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: PALOMINO HERNANDEZ JOSE ALEJANDRO</p> <p>R. M.: 91070992 L.S.O.: RESOLUCION 12146 Código de Seguridad D1429J1P1495</p>			<p>Firma: </p> <p>Nombre: LOMBANA RAMIREZ MARIA GUADALUPE</p> <p>CC: 52015967</p>		



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.543

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
24 DÍA	02 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)		
			EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PRE-EMPLEO		
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)					
MORA TORRES DIANA MILENA			Genero	Edad	Documento de Identificación
Apellidos y Nombres			FEMENINO	38 AÑOS 8 MESES 3 DÍAS	CC 53134589
Cargo				Tipo	Número
SERVICIOS GENERALES					
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL					
APTO SIN RESTRICCIONES					
Observaciones: NO APLICA					
N/A NO SE EVALUARON 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 CORRECCIÓN VISUAL : GAFAS		USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES	
		SVE VISUAL : GAFAS		CONTROL DE PESO	
		SVE CARDIOVASCULAR : POR PESO ELEVADO		HACER DEPORTE	
		PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
CONTINUAR CON MEDIDAS DE AUTOCUIDADO, RECOMENDACIONES GENERALES Y DE SALUD OCUPACIONAL, DIETA BAJA EN GRASAS Y CALORIAS, EJERCICIO 3V/SEM 30 MIN POR VEZ, CORRECCION VISUAL SEGUN INDICACIONES DE OPTOMETRIA					
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: PERA GALVEZ ERIKA MARCELA			 Firma: MILENA MORA Nombre: MORA TORRES DIANA MILENA		
R. M.: RM. 01256/99 L.S.O.: LIC. SO: 10519/2016 Código de Seguridad			CC: 53134589		
			1142901U1543		



N° 1.481

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
23 DÍA	02 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	
			Ciudad	
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PRE-EMPLEO				
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)				
ROMAN HERNANDEZ DANIELA			Genero	Edad
Apellidos y Nombres			FEMENINO	21 AÑOS 5 MESES 21 DÍAS
			Documento de Identificación	CC
			Tipo	Número
Carga			1052217547	
DOCENTE				
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL				
APTO SIN RESTRICCIONES				
Observaciones: NO APLICA				
APTO		CONSULTA EXTERNA MEDICO LABORAL		
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO		
SIN RESTRICCIONES LABORALES		NO APLICA		
		NO APLICA		
RECOMENDACIONES				
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
		USO DE EPP		HACER DEPORTE
		PAÚSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		DIETA BALANCEADA
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES				
<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: PALOMINO HERNANDEZ JOSE ALEJANDRO		Nombre: ROMAN HERNANDEZ DANIELA		
R. M.: 91070992		CC: 1052217547		
L.S.O.: RESOLUCION 121406		Código de Seguridad		
		M1429S1Y1481		



N° 1.480

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)		TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
23 DÍA	02 MES	2024 AÑO	Ciudad		EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PRE-EMPLEO	
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)						
MATIZ HERNANDEZ MILENA			Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres			FEMENINO	39 AÑOS 11 MESES 8 DÍAS	CC	52748901
Cargos			Tipo Número			
DOCENTE						
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL						
APTO SIN RESTRICCIONES						
Observaciones: NO APLICA						
APTO			CONSULTA EXTERNA MEDICO LABORAL			
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		
		USO DE EPP		CONTROL DE PESO		
		PAÚSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA		
				HACER DEPORTE		
				DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES						
<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: Milena Matiz			
Nombre: PALOMINO HERNANDEZ JOSE ALEJANDRO			Nombre: MATIZ HERNANDEZ MILENA			
R. M.: 91070992			CC: 52748901			
L.S.O.: RESOLUCION 1214			Código de Seguridad			
			N1429T1Z1480			



Salud IPS SAS
NIT 90051582-1
Calle 127B # 43 No 1 apt 101 Tel 348 48 19
322 891 5706 @chipsaludips@gmail.com

Medicina General, Laboratorio Clínico, Salud Ocupacional (examen ingreso,
egreso periódico, Audiometría, Visiometría)
Manipulación alimentos (Examen, curso y carne)
Dermatología

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Ciudad	BOGOTÁ	Fecha	09/02/24	Certificado	907	
Apellidos y Nombres del Aspirante			VARGAS PEREZ DIANA ALEJANDRA			
Identificación			1030544954			
Nombre de la Empresa			INDEPENDIENTE			
Empresa en Misión			INDEPENDIENTE			
Cargo (Perfil del Cargo Evaluado)			NUTRICIONISTA			
Fecha de Nacimiento	07/04/88	Dirección	CALLE 15ª 13ª 69		Teléfono	3132878242
EPS	SALUD TOTAL		ARL	POSITIVA	AFP	PROTECCIÓN



EVALUACION REALIZADA

TIPO DE EXAMEN		PRUEBAS COMPLEMENTARIAS							
PERIÓDICO	N/A	PRUEBAS VESTIBULARES		N/A	KOH LIÑAS		N/A	GLUCEMIA	N/A
INGRESO	SI	AUDIOMETRIA	SI	NORMAL	FROTIS GARGANTA		N/A	PARCIAL DE ORINA	N/A
EGRESO	N/A	VISIOMETRIA	SI	NORMAL	COPROLOGICO		N/A	SEROLOGIA	N/A
POST INCAPACIDAD	N/A	OPTOMETRIA		N/A	PERFIL LIPIDICO COMPL		N/A	ALCOHOL	N/A
MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS DATA CV	SI	ESPIROMETRIA		N/A	TRIGLICERIDOS		N/A	ABUSO DROGAS 5 ANALITOS	N/A

ANTECEDENTES DE ACCIDENTE DE TRABAJO(AT) Y/O ENFERMEDAD PROFESIONAL (EP)

AT		SI		NO	X	FECHA		EP	SI		NO	X	FECHA	
----	--	----	--	----	---	-------	--	----	----	--	----	---	-------	--

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO PARA EL CARGO	N/A	APTO PARA ALTURAS		N/A	N/A
APTO PARA EL CARGO CON RESTRICCIONES	N/A	EXAMEN DE EGRESO SATISFACTORIO		N/A	N/A
APTO PARA EL CARGO CON RECOMENDACIONES	N/A	EXAMEN DE EGRESO NO SATISFACTORIO		N/A	N/A
EXAMEN PERIODICO APTO SATISFACTORIO	SI	NO APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS		N/A	N/A
EXAMEN PERIODICO APTO CON RECOMENDACIONES	N/A	RESTRINGIDO PARA MANIPULAR ALIMENTOS		N/A	N/A
APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS	N/A	APLAZADO		N/A	N/A

CONTROLES MEDICOS SUGERIDOS

GINECOLOGIA	NO	NUTRICION	NO	MEDICINA INTERNA	NO	AUDITIVA	NO	QUIMICO	NO
ORTOPEDIA	NO	OTORRINOLARINGOLOGO	NO	NEUROLOGIA	NO	CARDIOVASCULAR	NO	RESPIRATORIO	NO
DERMATOLOGIA	NO	OFTALMOLOGIA	NO	MEDICINA LABORAL	NO	ERGONOMICO Y OSM	NO	VISUAL	NO
NEUMOLOGIA	NO	OPTOMETRIA	NO	VASCULAR PERIFERICO	NO	PSICOLABORAL	NO	OTROS	NO

RECOMENDACIONES

Examen Médico Ocupacional Periódico	ANUAL	Uso de corrección Visual	NO
Realizar Pausas Activas Antes Durante y Después de Jornada Laboral	SI	Remisión a EPS	NO
Capacitación Manejo de Cargas	NO	Aplicación de protocolo Antes Durante y Después de la jornada	NO
Uso de Elementos de Protección Personal	SI	Aplicar distanciamiento Social	NO
Dieta y ejercicios rutinarios 30 minutos diarios	SI	Protocolo de Lavado de Manos, Uso de Tapabocas Obligatorio	NO

PACIENTE SANO, AUTOCUIDADO Y RECOMENDACIONES

Nombre del Paciente VARGAS PEREZ DIANA ALEJANDRA		Firma del Médico DR. DIEGO ANDRÉS SIERRA	
CC		Registro Médico: 25-2258-16	

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
26 DÍA	02 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
			Ciudad		
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR			PESO / 70 KG RH O+ ESTATURA/ 162 CM		
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.)					
LEIDY ROCIO ALVARADO MENDEZ			Género	Edad	Documento de Identificación
Apellidos y Nombres			FEMENINA	33 AÑOS	CC 1030577902
			Tipo	Número	
Cargo AUXILIAR ADMINISTRATIVO					
CONCEPTO DE APTITUD O CUPACIONAL CONDICIÓN DE SALUD ADECUADA PARA CONTINUAR DESEMPEÑADO LOS REQUERIMIENTOS DE LA TAREA Y DEL PERFIL DEL CARGO.					
Observaciones: APTO					
SI		APTO PARA LABORAR SIN RESTRICCIONES			
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES		NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:					
OPTOMETRÍA OCUPACIONAL		✓		COLESTEROL TOTAL	NO
AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL		✓		TRIGLICERIDOS	NO
ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL		✓		ANEXO ALTURAS	NO
ELECTROCARDIOGRAMA		✓		EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
GLICEMIA		NO		-----	
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
		NINGUNA			
		CAPACITACIÓN			
		USO DE EPP			
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
<ul style="list-style-type: none"> ANTES DE REALIZAR UN TRABAJO EN ALTURA DEBE RECIBIR UN ENTRENAMIENTO Y ESTAR CERTIFICADO EN ESTA TAREA PARA PREVENIR ACCIDENTALIDAD. INSPECCIONAR LOS SISTEMAS ANTICAÍDAS ANTES Y DESPUÉS DE SER UTILIZADOS. USAR Y MANTENER EN BUEN ESTADO LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS (CASCO, ARNÉS DE CUERPO COMPLETO CON DOBLE ESLINGA, LÍNEA DE VIDA, CINTURÓN PORTAHERRAMIENTAS, ENTRE OTROS NECESARIOS SEGÚN LA LABOR A DESEMPEÑAR). RECORDAR QUE NO SE PUEDEN REALIZAR ACTIVIDADES EN ALTURAS EN ESTADO DE ALICORAMIENTO O BAJO EL EFECTO DE DROGAS ALUCINÓGENAS. MANTENER ESQUEMA COMPLETO DE VACUNACIÓN COVID 19 SUMINISTRAR INFORMACIÓN CLARA, VERAZ Y COMPLETA SOBRE SU ESTADO DE SALUD AL ÁREA DE SST. MANTENER ALTO EL NIVEL DE ATENCIÓN Y EVITAR DISTRACCIONES QUE PUEDAN PROVOCAR UN ACCIDENTE. UTILIZACIÓN DE CALZADO CON SUELAS ANTIDESLIZANTES. MANTENER UNA ADECUADA ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN. EVITAR LA OBESIDAD Y EL SEDENTARISMO. PROCURAR EL CUIDADO INTEGRAL DE SU SALUD. CUMPLIR Y MANTENER ESQUEMA COMPLETO DE VACUNACIÓN COVID 19 SUMINISTRAR INFORMACIÓN CLARA, VERAZ Y COMPLETA SOBRE SU ESTADO DE SALUD AL ÁREA DE SST. INFORMAR OPORTUNAMENTE AL EMPLEADOR O CONTRATANTE ACERCA DE LOS PELIGROS Y RIESGOS LATENTES EN SU SITIO DE TRABAJO. 					

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

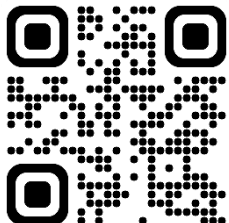
Juan Carlos Martínez F.
Médico Ocupacional
R.M. 79.801.504

Firma: _____

Nombre: JUAN CARLOS MARTÍNEZ

R. M.: 79801504

L.S.O.: 6033/2022



Aspirante o Trabajador

Firma: _____

Nombre: _____

CC: XXXXXXXXXXXX

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
13	04	2024	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
Cuidad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
FUNDACION ARCO IRIS DE AMOR				PESO / 76 KG RH O+ ESTATURA / 1.67 CM			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cédula de Ciudadanía, Cédula de Extranjería, IT, Tarjeta de Identidad, etc.)							
PAULA NINEYI RODRIGUEZ ROMERO				Género	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				FEMENINO	28 AÑOS	CC	1024569372
PSICOLOGA						Tipo	Número
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL				CONDICIÓN DE SALUD ADECUADA PARA CONTINUAR DESEMPEÑADO LOS REQUERIMIENTOS DE LA TAREA Y DEL PERFIL DEL CARGO.			
Observaciones APTO							
SI		APTO PARA LABORAR SIN RESTRICCIONES					
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
OPTOMETRÍA OCUPACIONAL				✓		COLESTEROL TOTAL	
AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL				✓		TRIGLICERIDOS	
ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL				✓		ANEXO ALTURAS	
ELECTROCARDIOGRAMA				✓		EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	
GLUCEMIA				NO		✓	
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
				NINGUNA			
				CAPACITACIÓN			
				USO DE EPP			
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
<p>ANTES DE REALIZAR UN TRABAJO EN ALTURA DEBE RECIBIR UN ENTRENAMIENTO Y ESTAR CERTIFICADO EN ESTA TAREA PARA PREVENIR ACCIDENTALIDAD.</p> <p>INSPECCIONAR LOS SISTEMAS ANTICAIADAS ANTES Y DESPUÉS DE SER UTILIZADOS.</p> <p>USAR Y MANTENER EN BUEN ESTADO LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS (CASCO, ARNÉS DE CUERPO COMPLETO CON DOBLE ESILINGA, LÍNEA DE VIDA, CINTURÓN PORTAHERRAMIENTAS, ENTRE OTROS NECESARIOS SEGUN LA LABOR A DESEMPEÑAR).</p> <p>RECORDAR QUE NO SE PUEDEN REALIZAR ACTIVIDADES EN ALTURAS EN ESTADO DE ALICORAMIENTO O BAJO EL EFECTO DE DROGAS ALUCINÓGENAS.</p> <p>MANTENER ESQUEMA COMPLETO DE VACUNACIÓN COVID 19</p> <p>SUMINISTRAR INFORMACIÓN CLARA, VERAZ Y COMPLETA SOBRE SU ESTADO DE SALUD AL ÁREA DE SST.</p> <p>MANTENER ALTO EL NIVEL DE ATENCIÓN Y EVITAR DISTRACCIONES QUE PUEDAN PROVOCAR UN ACCIDENTE</p> <p>UTILIZACIÓN DE CALZADO CON SUELAS ANTIDESLIZANTES</p> <p>MANTENER UNA ADECUADA ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN. EVITAR LA OBESIDAD Y EL SEDENTARISMO.</p> <p>PROCURAR EL CUIDADO INTEGRAL DE SU SALUD. CUMPLIR Y MANTENER ESQUEMA COMPLETO DE VACUNACIÓN COVID 19</p> <p>SUMINISTRAR INFORMACIÓN CLARA, VERAZ Y COMPLETA SOBRE SU ESTADO DE SALUD AL ÁREA DE SST.</p> <p>INFORMAR OPORTUNAMENTE AL EMPLEADOR O CONTRATANTE ACERCA DE LOS PELIGROS Y RIESGOS LATENTES EN SU SITIO DE TRABAJO</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 confidenciales 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 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

Juan Carlos Martínez F.
Médico Ocupacional
R.M. 79801504

Firma: _____

Nombre: JUAN CARLOS MARTINEZ

R. M.: 79801504

L.S.O.: 6033/2022



Aspirante o Trabajador

Firma: _____

Nombre: _____

CC: _____

XXXXXXXXXX

1024569372

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
26 DÍA	02 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	
			Ciudad	
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE				
FUNDACIÓN ARCOIRIS DE AMOR			PESO / 70 KG RH O+ ESTATURA/ 162 CM	
Nombre de la empresa			Empresa en misión	
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (T: Tarjeta de Identificación CC: Cédula de Ciudadanía CE: Cédula de Extranjería TI: Tarjeta de Identidad PT: Pasaporte)				
LEIDY ROCIO ALVARADO MENDEZ			Genero	Edad
Apellidos y Nombres			FEMENINA	33 AÑOS
			Documento de Identificación	CC 1030577902
			Tipo	Numero
AUXILIAR ADMINISTRATIVO				
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL				
CONDICIÓN DE SALUD ADECUADA PARA CONTINUAR DESEMPEÑADO LOS REQUERIMIENTOS DE LA TAREA Y DEL PERFIL DEL CARGO.				
Observaciones APTO				
SI		APTO PARA LABORAR SIN RESTRICCIONES		
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO	RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES		NO APLICA	NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:				
OPTOMETRIA OCUPACIONAL	✓	COLESTEROL TOTAL	NO	
AUDIOMETRIA OCUPACIONAL	✓	TRIGLICERIDOS	NO	
ESPIROMETRIA OCUPACIONAL	✓	ANEXO ALTURAS	NO	
ELECTROCARDIOGRAMA	✓	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	
GLUCEMIA	NO			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
		NINGUNA		
		CAPACITACIÓN		
		USO DE EPP		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES				
<p>ANTES DE REALIZAR UN TRABAJO EN ALTURA DEBE RECIBIR UN ENTRENAMIENTO Y ESTAR CERTIFICADO EN ESTA TAREA PARA PREVENIR ACCIDENTALIDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> INSPECCIONAR LOS SISTEMAS ANTICAÍDAS ANTES Y DESPUÉS DE SER UTILIZADOS USAR Y MANTENER EN BUEN ESTADO LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS (CASCO, ARNÉS DE CUERPO COMPLETO CON DOBLE ESLINGA, LÍNEA DE VIDA, CINTURÓN PORTAHERRAMIENTAS, ENTRE OTROS NECESARIOS SEGÚN LA LABOR A DESEMPEÑAR). RECORDAR QUE NO SE PUEDEN REALIZAR ACTIVIDADES EN ALTURAS EN ESTADO DE ALICORAMIENTO O BAJO EL EFECTO DE DROGAS ALUCINÓGENAS MANTENER ESQUEMA COMPLETO DE VACUNACIÓN COVID 19 SUMINISTRAR INFORMACIÓN CLARA, VERAZ Y COMPLETA SOBRE SU ESTADO DE SALUD AL ÁREA DE SST. MANTENER ALTO EL NIVEL DE ATENCIÓN Y EVITAR DISTRACCIONES QUE PUEDAN PROVOCAR UN ACCIDENTE. UTILIZACIÓN DE CALZADO CON SUELAS ANTIDESLIZANTES. MANTENER UNA ADECUADA ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN. EVITAR LA OBESIDAD Y EL SEDENTARISMO. PROCURAR EL CUIDADO INTEGRAL DE SU SALUD. CUMPLIR Y MANTENER ESQUEMA COMPLETO DE VACUNACIÓN COVID 19 SUMINISTRAR INFORMACIÓN CLARA, VERAZ Y COMPLETA SOBRE SU ESTADO DE SALUD AL ÁREA DE SST. INFORMAR OPORTUNAMENTE AL EMPLEADOR O CONTRATANTE ACERCA DE LOS PELIGROS Y RIESGOS LATENTES EN SU SITIO DE TRABAJO 				

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

Juan Carlos Martínez F.
Médico Ocupacional
R.M. 78801504

Firma: _____

Nombre: JUAN CARLOS MARTÍNEZ

R. M.: 78801504 L.S.O.: 6033/2022



Aspirante o Trabajador

Firma: _____

Nombre: _____

CC: XXXXXXXXXXXX

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN		TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
13 DÍA	04 MES	2024 AÑO	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)		Ciudad	
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE			
FUNDACION ARCO IRIS DE AMOR		PESO / 76 KG RH. O+ ESTATURA/ 1.67 CM	
Nombre de la empresa		Empresa en misión	
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Circulo de Documento de Identificación CC, Cédula de Ciudadanía, C.C., Cédula de Extranjería, T.E. Tarjeta de Identación, E.T.)			
PÁULA NINEYI RODRIGUEZ ROMERO		Género	Edad
Apellidos y Nombres		FEMENINO	28 AÑOS
		Documento de Identificación	CC 1024569372
		Tipo	Número

PSICOLOGA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CONDICIÓN DE SALUD ADECUADA PARA CONTINUAR DESEMPEÑADO LOS REQUERIMIENTOS DE LA TAREA Y DEL PERFIL DEL CARGO.

Observaciones APTO

SI APTO PARA LABORAR SIN RESTRICCIONES

RESTRICCIONES LABORALES	TIP	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

PTOMETRÍA OCUPACIONAL	✓	COLESTEROL TOTAL	NO
UDIOMETRÍA OCUPACIONAL	✓	TRIGLICERIDOS	NO
SPIROMETRÍA OCUPACIONAL	✓	ANEXO ALTURAS	NO
LECTROCARDIOGRAMA	✓	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
LICEMIA	NO	-----	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	NINGUNA	
	CAPACITACIÓN	
	USO DE EPP	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

ANTES DE REALIZAR UN TRABAJO EN ALTURA DEBE RECIBIR UN ENTRENAMIENTO Y ESTAR CERTIFICADO EN ESTA TAREA PARA PREVENIR ACCIDENTALIDAD.
INSPECCIONAR LOS SISTEMAS ANTICAIIDAS ANTES Y DESPUÉS DE SER UTILIZADOS.
USAR Y MANTENER EN BUEN ESTADO LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS (CASCO, ARNÉS DE CUERPO COMPLETO CON DOBLE ESLINGA, LÍNEA DE VIDA, CINTURÓN PORTAHERRAMIENTAS, ENTRE OTROS NECESARIOS SEGÚN LA LABOR A DESEMPEÑAR).
RECORDAR QUE NO SE PUEDEN REALIZAR ACTIVIDADES EN ALTURAS EN ESTADO DE ALICORAMIENTO O BAJO EL EFECTO DE DROGAS ALUCINÓGENAS.
MANTENER ESQUEMA COMPLETO DE VACUNACIÓN COVID 19
SUMINISTRAR INFORMACIÓN CLARA, VERAZ Y COMPLETA SOBRE SU ESTADO DE SALUD AL ÁREA DE SST.
MANTENER ALTO EL NIVEL DE ATENCIÓN Y EVITAR DISTRACCIONES QUE PUEDAN PROVOCAR UN ACCIDENTE.
UTILIZACIÓN DE CALZADO CON SUELAS ANTIDESLIZANTES.
MANTENER UNA ADECUADA ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN. EVITAR LA OBESIDAD Y EL SEDENTARISMO.
PROCURAR EL CUIDADO INTEGRAL DE SU SALUD. CUMPLIR Y MANTENER ESQUEMA COMPLETO DE VACUNACIÓN COVID 19
SUMINISTRAR INFORMACIÓN CLARA, VERAZ Y COMPLETA SOBRE SU ESTADO DE SALUD AL ÁREA DE SST.
INFORMAR OPORTUNAMENTE AL EMPLEADOR O CONTRATANTE ACERCA DE LOS PELIGROS Y RIESGOS LATENTES EN SU SITIO DE TRABAJO.