PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES Y DISCAPACIDAD S.A.S.
NIT. 900424608-2
Avenida 30 de agosto No. 46 - 131 - Pereira, Colombia
Cel. 3128086307 - Tel. 3486604
E-mail. ips@prevendi.com

Prevendi
Prevenir es ganar



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 6.777

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
19 DÍA	01 MES	2024 AÑO	PEREIRA (RISARALDA, COLOMBIA) Ciudad	CONSULTA MEDICA LABORAL DE INGRESO

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

CENTRO DE EMPLEOS TEMPORALES DE COLOMBIA SAS	PARTICULARES
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 VARON ISABEL CRISTINA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	39 AÑOS 7 MESES 5 DÍAS	CC	33966408
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
COMUNICADOR SOCIAL

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

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:

CONSULTA MEDICA LABORAL ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : SEGUIR MANEJO CON PSIQUIATRIA	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : VALORACION POR OPTOMETRIA-OTORRINOLARINGOLOGIA PARA APNEA DEL SUEÑO E HIPERTROFIA DE CORNETES CON RESPIRACION ORAL- VALORACION POR ODONTOLOGIA POR BRUXISMO.	SVE CARDIOVASCULAR	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
		CONTROL DE PESO
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

VALORACION POR OPTOMETRIA-OTORRINOLARINGOLOGIA PARA APNEA DEL SUEÑO E HIPERTROFIA DE CORNETES CON RESPIRACION ORAL- VALORACION POR ODONTOLOGIA POR BRUXISMO.

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: GALLO MOSQUERA HECTOR FABIO

R. M.: 969 MD L.S.O.: LPSST 860-16

Código de Seguridad
L684R1X6777

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: URIBE VARON ISABEL CRISTINA

CC: 33966408

Scanned with CamScanner

PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES Y DISCAPACIDAD S.A.S.
NIT. 900424608-2
Avenida 30 de agosto No. 46 - 131 - Pereira, Colombia
Cel. 3128086307 - Tel. 3486604
E-mail. ips@prevendi.com

Prevendi
Prevenir es ganar



Código de Seguridad
Z684F57L6777

N° 6777

RECOMENDACIONES Y REMISIONES MÉDICAS LABORALES

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
19 DÍA	01 MES	2024 AÑO	PEREIRA (RISARALDA, COLOMBIA) Ciudad	CONSULTA MEDICA LABORAL DE INGRESO

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

CENTRO DE EMPLEOS TEMPORALES DE COLOMBIA SAS	PARTICULARES
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 VARON ISABEL CRISTINA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	39 AÑOS 7 MESES 5 DÍAS	CC	33966408
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
COMUNICADOR SOCIAL

TIENE REMISIONES A SERVICIOS DE SALUD: NO

RECOMENDACIONES MÉDICAS

CONTINUAR MANEJO MÉDICO: SEGUIR MANEJO CON PSIQUIATRIA, VALORACIÓN POR EPS: VALORACION POR OPTOMETRIA-OTORRINOLARINGOLOGIA PARA APNEA DEL SUEÑO E HIPERTROFIA DE CORNETES CON RESPIRACION ORAL-VALORACION POR ODONTOLOGIA POR BRUXISMO.

RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

HÁBITOS SALUDABLES, FORTALECIMIENTO MUSCULAR, CONTROL DE PESO, DIETA BALANCEADA

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

USO DE EPP, SVE CARDIOVASCULAR

Datos del Médico:

Profesional: GALLO MOSQUERA HECTOR FABIO
R. M.: 969 MD **L.S.O.:** LPSST 860-16
Especialidad:

Responsable del SG-SST:

Documento:
Nombre:
Fecha:

Recibido por el trabajador o apirante:

Documento:
Nombre:
Fecha:

Scanned with CamScanner