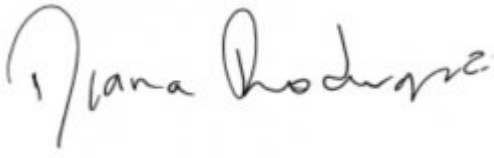
| | |
|---|---|
| **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA** | |
| **DIRECCIÓN GENERAL – SECRETARIA GENERAL -GRUPO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** | |
| **FORMATO CONCEPTO** | |
| **Regional** | Valle del Cauca |
| **Centro** | Centro Latinoamericano de Especies Menores |

| | |
|---|---|
| **Nombre** | LINA MARIA ALVARADO PULIDO |
| **Tipo Examen** | Seguridad Vial |
| **Fecha Creación** | 2025-06-04 00:00:00 |

| **CONCEPTO** |
|---|
| Apto para conduccion en labor |
| **RECOMENDACIONES CONCEPTO** |
| HABITO SALUDABLE REALIZAR PAUSAS ACTIVAS REGULARMENTE USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL |
| **RESTRICCIONES CONCEPTO** |
| NINGUNA |

| **REQUIERE EXÁMENES ADICIONALES** | | | |
|---|---|---|---|
| PSICOLOGICO | No | GENERAL | No |
| ESPECIALISTA | No | ADICIONAL | No |

| **CONSENTIMIENTO INFORMADO** |
|---|
| Certifico que he sido informado amplia y suficientemente acerca de lo que trata y la finalidad que tiene ésta consulta medica o psicológica y que han sido respondidas a satisfacción todas las preguntas que he tenido acerca de la misma. Autorizo al profesional medico o psicólogo asignado por la institución para que me sea realizado el presente examen medico o psicológico. Certifico que la información por mi brindada durante esta consulta medica o psicológica es completa, veraz y que no he omitido información sobre mis antecedentes médicos o psicológicos, ni de mi actual estado de salud que pueda llegar a derivar en riesgos para mi salud y en particular con relación al desarrollo de mi trabajo, así mismo autorizo a los profesionales del área médica o psicológica del Servicio Nacional de Aprendizaje para tener acceso y consulta a la información aquí contenida dentro del marco de la confidencialidad medica y psicológica, para su utilización con fines de seguimiento, análisis y planeación de acciones de salud dentro de los programas de salud ocupacional que la entidad considere se requieran. Refiero entender lo escrito en este consentimiento informado y de forma voluntaria firmo a continuación el presente documento en señal de aceptación: |

| Aspirante o Trabajador | | Medico o Psicólogo | |
|---|---|---|---|
| Nombre | LINA MARIA ALVARADO PULIDO | Nombre | Diana Milena Rodriguez Peña |
|  | |  | |
| Firma | | Firma | |
| No. Indentificación | 1116239431 | Sello | |