PREVER SST SAS
NIT 901.154.429 - 5
Soluciones Integrales en Seguridad y Salud Laboral
Calle 42 Norte No 5n-08 La Flora Cali . Colombia
Cel. 3183973263 - 315 3401091 Tel. 5142000
gerencia@preversst.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 3,387

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
19 DÍA	10 MES	2023 AÑO	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EMO EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
GOBERNACIÓN DEL VALLE DEL CAUCA	

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
MOSQUERA OCAMPO ANA MILE	FEMENINO	36 AÑOS 6 MESES 9 DÍAS	CC (Tipo)	1130612513 (Número)

Cargo
ADMINISTRADORA DE EMPRESA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)

Observaciones: *NO APLICA*

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	NORMAL	----------

RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

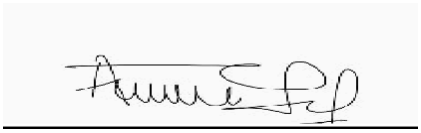
CONTROL DE PESO: 30 MINUTOS 3 VECES A LA SEMANA, DIETA BALANCEADA: DIETA BAJA EN GRASA AZUCAR HARINAS

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

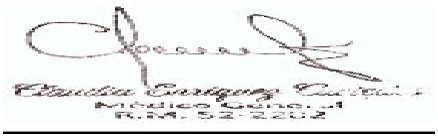
PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, USO DE EPP

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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



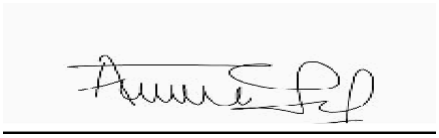
Firma:

Nombre: ENRIQUEZ CAVIEDES CLAUDIA MILENA

R. M.: 52-2202 **L.S.O.:** 2557

Código de Seguridad
U213A1G3387

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: MOSQUERA OCAMPO ANA MILE

CC: 1130612513

PREVER SST SAS
NIT 901.154.429 - 5
Soluciones Integrales en Seguridad y Salud Laboral
Calle 42 Norte No 5n-08 La Flora Cali . Colombia
Cel. 3183973263 - 315 3401091 Tel. 5142000
gerencia@preversst.com.co

RECOMENDACIONES

Paciente: MOSQUERA OCAMPO ANA MILE

Fecha: 19/10/2023

Identificación: CC: 1130612513

Fecha Nacimiento: 10/04/1987

Cargo: ADMINISTRADORA DE EMPRESA

Edad: 36 AÑOS 6 MESES 9 DÍAS

Tipo de Sangre: AB +

Estado Civil: SEPARADO(A)

Género: FEMENINO

Ciudad: CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA)

Dirección: CARRERA 41 # 101 - 38

RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

CONTROL DE PESO: 30 MINUTOS 3 VECES A LA SEMANA, DIETA BALANCEADA: DIETA BAJA EN GRASA AZUCAR HARINAS

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, USO DE EPP