O POSITIVA SALUD INTEGRAL TULUA SAS

Nit: 900.992.619-9

Dirección: CRA 37 25 31
Cel: 317 749 7294 Tel: 2 343 343
Correo: prestadoraopositiva@gmail.com
Web: www.opositivasaludintegral.net
Tulua valle del cauca

Cr 4 # 11-70 barrio el centro
Cel: 3114068656 - Tel: 2343343
Correo: opositivaandalucia@gmail.com
Web: www.opositivasaludintegral.net
Andalucia -valle del cauca



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 21.657

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
28 DÍA	01 MES	2025 AÑO	ZARZAL (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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

PARTICULARES CONTADO	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)

TABARES CARDONA YENNY ALEJANDRA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	28 AÑOS 4 MESES 2 DÍAS	CC	1116446346
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
TALLERISTA DE TEATRO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO

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:

EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL	✓	----------

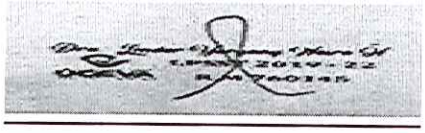
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EXAMEN MEDICO LABORAL FAVORABLE SIN RESTRICCION PARA DESEMPEÑAR LA LABOR ASIGNADA

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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



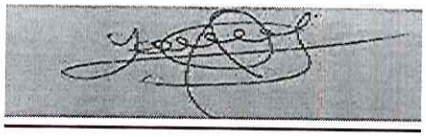
Firma:

Nombre: NEIRA HERRERA LINDER YORYANY

R. M.: 760145 **L.S.O.:** LPSST 2019-22

Código de Seguridad
T1132Z1F21657

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: TABARES CARDONA YENNY ALEJANDRA

CC: 1116446346

