



IPS CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES MARIA DEL CIELO SAS

NIT: 900 794 599-0

Dirección: Carrera 9 No 7 - 60 Barrio Ricaurte

Cel: 310 212 4417

Email: ipscrmariadelcielo@gmail.com

Chiquinquirá



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 632

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
17 DÍA	12 MES	2024 AÑO	CHIQUINQUIRÁ (BOYACÁ, COLOMBIA)	EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
INDEPENDIENTES				INDEPENDIENTES			
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)							
BELLO VILLAMIL YAMIL Y YOHANA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	44 AÑOS 1 MESES 17 DÍAS	CC	33700702
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo INSTRUCTOR(A)							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL CON CONDICIÓN FÍSICA O PATOLOGÍA CONTROLADA QUE NO INTERFIERE CON EL DESARROLLO DE LA LABOR							
Observaciones: NO APLICA							
APTO		OSTEOMUSCULAR Y PSICOLOGICO					
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 DE INGRESO				HEMOGRAMA			
OPTOMETRIA INGRESO				ENTREVISTA Y PRUEBA PSICOLOGICA ADMINISTRATIVOS			
AUDIOMETRIA				PERFIL LIPIDICO			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
MEDIDAS ANTITROMBOTICAS: USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN, EJERCICIOS PREVENTIVOS		SVE VISUAL			AUMENTAR PRACTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA (INTENSIDAD MODERADA - 150 A 300 MINUTOS/SEMANA)		
USO CORRECCIÓN VISUAL PERMANENTE		SVE CARDIOVASCULAR					
CONTROLES OPTOMÉTRICOS PERIÓDICOS EN EPS		PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL					
		SVE OSTEOMUSCULAR					
		CUMPLIR NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ESTABLECIDAS POR LA EMPRESA					
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
OPTOMETRIA: CUMPLE, CON RECOMENDACIONES AUDIOMETRIA: CUMPLE PSICOLOGICO ADMINISTRATIVOS: CUMPLE PERFIL LIPIDICO: CUMPLE, HEMOGRAMA: CUMPLE							
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: FORERO VILLAMIL CLARA PATRICIA

R. M.: 15944/2007 L.S.O.: 2094/2019



Código de Seguridad

E1562K1Q632

Aspirante o Trabajador



Firma: _____

Nombre: BELLO VILLAMIL YAMILY YOHANA

CC: 33700702

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

 SEDE: CENDIATRA NORTE 83 DIRECCIÓN: Autopista Norte # 83-89, Polo Club CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ TELÉFONO: 6017425327 - 6016224464 EMAIL: citas.norte2@cendiatra.com FECHA EXAMEN: 2024-03-05

CC: 33700702

Nombres y apellidos: YAMILY YOHANA BELLO VILLAMIL

Fecha de nacimiento: 30/10/1980

Edad: 43 Sexo: FEMENINO RH: A +

Teléfono:

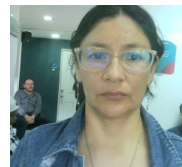
Empresa: PARTICULAR

Empresa usuaria:

Cargo: INSTRUCTOR

Fecha ingreso: 05/03/2024

Fecha salida: 05/03/2024

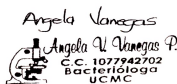


GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

RESULTADO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
	86.8	MG/DL	NORMAL: 70-100 MG/DL, AGA: >100-125MG/DL, DM: >126

ADJUNTAR RESULTADO

CARGAR ARCHIVO



Angela Vivanias Vanegas P.
C.C. 1077942702
Bacteriología
UCMC

ANGELA VIVIANA VANEGAS PARDO

RM: 1077942702

Firma y sello del médico

Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Norte 106 - Norte 83
- Norte 86 - Occidente 1 - Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 -
Zona Franca Fontibón

Sedes Nacionales

Barranquilla - Bello - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali
Éxito San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena -
Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra -
Medellín La América - Montería - Pereira - Santa Marta -
Villavicencio

Código: Versión: Fecha:

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA NORTE 83

DIRECCIÓN: Autopista Norte # 83-89, Polo Club

CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ

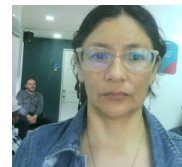
TELÉFONO: 6017425327 - 6016224464

EMAIL: citas.norte2@cendiatra.com

FECHA EXAMEN: 2024-03-05

Nombres y apellidos: YAMILY YOHANA BELLO VILLAMIL
Fecha de nacimiento: 30/10/1980
Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: INSTRUCTOR

CC: 33700702
Edad: 43 **Sexo:** FEMENINO
Fecha ingreso: 2024-03-05 / 08:36:45
Fecha salida: 2024-03-05 / 11:17:37



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- VISIOMETRIA

- PSICOMETRICO
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

- ENFASIS OSTEOMUSCULAR

CONCEPTO DE APTITUD:

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.


KAREN LIZETH GOMEZ
BALCAZAR
RM: 49718319
Firma y sello del médico

KAREN LIZETH GOMEZ
BALCAZAR
RM: 49718319
Firma y sello del médico


YAMILY YOHANA BELLO VILLAMIL
CC: 33700702
Firma del paciente

YAMILY YOHANA BELLO VILLAMIL
CC: 33700702
Firma del paciente

Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Norte 106 - Norte 83
- Norte 86 - Occidente 1 - Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 -
Zona Franca Fontibón

Sedes Nacionales

Barranquilla - Bello - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali
Éxito San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena -
Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra -
Medellín La América - Montería - Pereira - Santa Marta -
Villavicencio