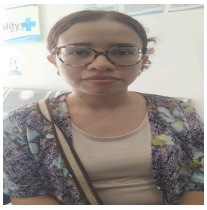
Quality Gestión Integral SAS
NIT: 900597729-7
DIRECCION: Barrio Sur, Cra 3 #7
CELULAR: 3017255227
Magangue - Bolivar
LSO 1118 del 27 de septiembre de 2017

Concepto de aptitud laboral



Nombre del paciente: VALENTINA NAVARRO CORREA | Documento: 1002371086 | F.Nacimiento: 2000-08-26 | Edad: 25Años

Residencia: LOS ALPES | EPS:SANITAS EPS | Telefono: 3017740383 | Genero: Femenino

Fecha : 2026-03-20

EXAMEN:

PREINGRESO

NOMBRE DE LA EMPRESA: ARCHIVO GENERAL DE LA NACION

CARGO: DESCRIPTORA DE FONDO DOCUMENTAL

EXAMENES PARACLÍNICOS

1. Optometría	No	**2. Audiometría**	No
3. Espirometría	No	**4. Glicemia**	No
5. Cuadro Hemático	No	**6. Perfil Lipídico**	No
7. P. de orina	No	**8. Serología**	No
9. Rayos X Columna	No	**10. Otros**	No

Â¿Cuáles? VALORACION MEDICA OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

CONCEPTO DE LA VALORACIÓN MÉDICA

SATISFACTORIO PARA EL CARGO	Si
SATISFACTORIO PARA EL CARGO CON RECOMENDACIONES	0
SATISFACTORIO CON LIMITACIONES / RESTRICCIONES	0
APLAZADO PARA EL CARGO	0
NO APTO PARA EL CARGO	0
SATISFACTORIO PARA LABORAR EN ALTURAS	0
RETIRO SATISFACTORIO	0
RETIRO SATISFACTORIO CON RECOMENDACIONES	0

RECOMENDACIONES GENERALES

SE REALIZO REVISIÓN DEL PACIENTE MEDIANTE UN INTERROGATORIO Y EXAMEN FISICO, SE REALIZA VALORACION PARA GENERAR CONCEPTO , CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, ARROJANDO QUE EL PACIENTE SE ENCUENTRASATISFACTORIO PARA TODOS LOS ENFASIS. PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, RECOMENDACIONES ADICIONALES: USO DE TAPABOCAS, SE ENFATIZA EN LA IMPORTANCIA DEL AUTOCUIDADO Y APLICAR LAS MEDIDAS PREVENTIVAS NECESARIAS.AVISAR INMEDIATAMENTE CAMBIOS DEL ESTADO DE SALUD

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES PREVENTIVAS

USO DE EPP, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL

RECOMENDACIONES ESPECIFICAS TRABAJADOR

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES. DIETA Y EJERCICIO SUPERVISADO, CONTROL OPTOMETRIA ANUAL, USO DE LENTESCORRECTIVOS

RECOMENDACIONES ESPECIFICAS EMPRESA

NA

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ESTO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIMADO

Se da a conocer al paciente los resultados de las pruebas o valoraciones complementarias y sus recomendaciones generadas como resultado de la evaluacion medica .

Firma del Paciente (o persona autorizada para firmar para el Paciente):

Nombre: VALENTINA NAVARRO CORREA
C.C. 1002371086

Gisela Gómez Merlano
Esp Med del Trabajo y Laboral
CC 45.550.571

Dra. GISELA MARGARITA GOMEZ MERLANO
MEDICA OCUPACIONAL
Lic. SST 701/20 R.M 1293
*** Documento firmado digitalmente ***