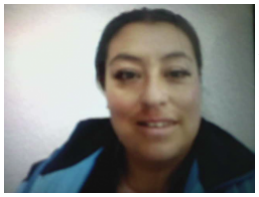
Exisalud IPS
Servicios Integrales en Salud
NIT. 901.385.351-0

PBX: 6019371020
www.exisaludsas.com
servicioalclienteexisalud@gmail.com

Sede Ppal. Av. Boyacá
Cel: 3235767391
Av. Boyacá No. 64 f 42

Sede Chapinero
Cel: 3145772197
Carrera 17 No. 68 - 58

Certificado de aptitud laboral
Examen medico ocupacional osteomuscular pre-ingreso



Fecha: 24/Jun/2024, **Hora:** 02:40:41 p.m.
Apellido: Poloche sánchez
Nombre: María angélica
Tipo Doc: CC
Nro Identidad: 52739551
Empresa: Particular
Emp. Usuaria: Particular
Cargo: Independiente
Direccion: Calle 66 sur 11 c 78 este
Telefono: **Celular:** 320 4833915 **Email:** **Estado Civil:** Union libre
Ciudad: Bogota d.c. - los mártires
Responsable: - **Parentesco:** - **Telefono:**

HC: # 29967
Edad: 42 años
Sexo: Femenino ♀
Nacim: 15/Mar/1982

Rh: O+

.

Examenes Realizados

- [x] Visiometría
- [x] Examen medico ocupacional de pre- ingreso

Recomendaciones Especificas

S.V.E.

* Sve salud visual

Estilo de Vida Saludable

* Estilo de vida saludable
* Adecuada dieta y ejercicio

Medicas

* Valoración por nutricionista eps
* Uso de corrección óptica permanente
* Control anual por optometria

Laborales

* Pausas activas
* Mantener adecuada higiene postural

Concepto

Apto para el cargo con recomendaciones

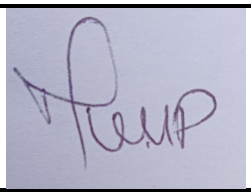
Recomendaciones Personalizadas

Imc 29.24
examen ocupacional anual.
uso de elementos de protección personal.
seguir protocolos de bioseguridad de la empresa.

Observaciones

Consentimiento Informado

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 Gestión de la 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 le ído 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.

Firma Medico		Firma Paciente
		
Maria luisa perez piña Medico especialista sst **Lic. de S.O #:** 8731 De 22/12/2022 **Registro #:** 8731		María angélica poloche sánchez CC 52739551