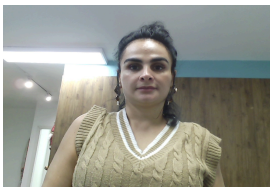
CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Médicos Especialistas en Seguridad y Salud en el Trabajo

Centro de Especialistas de Risaralda Cra 5 Nro 18-33 Cons L - 7, Pereira, Risaralda

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos:	STYFANY VALENCIA ABREGON		
Identificación:	CC	**Número:**	1087986979
Fecha de Nacimiento:	1986-08-03	**Edad:**	39
Género:	F	**Identidad de Género:**	FEMENINO
RH:	A +	**Ciudad - Sede:**	PEREIRA
Estado civil:	SOLTERO	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO
Estrato:	2	**Ciudad:**	DOSQUEBRADAS
Dirección:	TRANSVERSAL 21A N 26D 25	**Teléfono:**	3184025467
EPS:	EPS SALUD TOTAL SA	**ARL:**	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS
AFP:	COLPENSIONES		
Acompañante:		**Tel. Acompañante:**	
Empresa:	PARTICULAR	**Cargo:**	CONTRATISTA
Sede:	CONSULTORIO 2	**Empresa contratante:**	A QUIEN LE INTERESE
Actividad Economica:			

TIPO EXAMEN: INGRESO
FECHA EXAMEN: 2025-12-30 11:45:40
ENFASIS: OSTEOMUSCULAR

EXAMENES REALIZADOS

1. EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

CONCEPTO

SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA DESEMPEÑAR EL CARGO.

RECOMENDACIONES GENERALES

INICIO O CONTINUAR ACTIVIDAD FISICA / SI

CONTROL DE PESO Y NUTRICION / SI

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

USO DE EPP / SI

PAUSAS ACTIVAS / SI

CONTROLES REGULARES DE SALUD POR LA CONSULTA EXTERNA

La presente certificación se expide con base en la Historia Clínica ocupacional del trabajador la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1843 de 2025.
Declaro que he recibido información clara sobre el examen ocupacional y doy mi consentimiento para su realización (Ley 23 de 1981 Art. 15).
Asi mismo declaro que he suministrado al médico información clara, veraz y completa sobre mi estado de salud y no he omitido ninguna información importante (Decreto 1295 de 1994 Art. 22).

OLIVERIO AGUIRRE OROZCO
10108908
RM: LPSST 1708-19
Firma y sello del médico evaluador

STYFANY VALENCIA ABREGON
Documento: 1087986979
Firma del trabajador