Red de Promocion y Prevencion
en salud ocupacional S.A.S
Nit: 900412223-9
Direccion . Kra 9 N 7-12
Cel 3003661345



MILEDHYS MORENO MOSQUERA
Medico especialista en Salud Ocupacional
RM:2901 Rvs SO 2139

Identificacion	57.448.766

Nombre del Paciente: CLAUDIA PATRICIA VILLA NARVAEZ

Empresa: ALCALDIA MUNICIPAL DE FUNDACION
Direccion:

SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL	NIVEL EDUCATIVO	CIUDAD	FECHA DE CONSULTA
FEMENINO	52 AÑOS	SOLTERO	TECNOLOGO	FUNDACION-Mag	16/07/2026
Objetivo:	INGRESO	E.P.S. Afiliado:			CONTRATO
CARGO :	BIBLIOTECARIA			Estrato:	

CONCEPTO DE ACTITUD LABORAL

Los Resultados de Paraclinicos y Valoracion del Paciente Fueron consignados en una Historia Clinica ocupacional que reposa en los archivos de salud ocupacional de la IPS. Y se obtuvo el siguiente Resultado

CONCEPTO :

- [x] APTO para el Cargo
- [ ] APTO con Restrinciones
- [ ] NO APTO para el Cargo

TRABAJOS ESPECIALES

Alturas	
Espacios Confinados	
Manipulacion de Alimentos	

CONCEPTO EGRESO

- [ ] Satisfactoria
- [ ] NO Satisfactoria

Valoracion por: [ ] E.P.S [ ] A.R.L

PREVENCION EN RIESGOS LABORALES - VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

[ ] Auditivo [ ] Visual [ ] Cardio Vascular [ ] Respiratorio [ ] Ergonomico [ ] Dermatologico
[ ] Otros

SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES Y/O PROCEDEMIENTOS

Se realizaron los Siguientes examenes: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR.

DESCRIPCION RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO

RESTRICCIONES

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

GENERALES: Higiene Postural, Utilizacion EPP. Pausas activas. SEGUN I.M.C.: Dieta balanceada, Ejercicio Regular

Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mi el examen médico y/o paraclínico(s)ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza ypropósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el ropósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(as) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomará VISIONAM OS SALUD IPS.. Para proteger la confidencialidad de mis resultados.Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son veridicas. Autoriz o a VISIONAMOS SALUD IPS. para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documen to, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. 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

Miledhys Moreno Mosquera
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

MILEDHYS MORENO MOSQUERA RM:2901 Rvs SO 01760

Claudia Villa Narvaez
57.448766.

Firma y Huella del Pciente o Responsable

Powered by CamScanner