

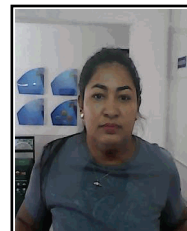


MEDISSCOP S.A.S

MÉDICOS ESPECIALISTAS EN LA SALUD OCUPACIONAL
HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL

Nit: 900896434 - 2

Carrera: 30 # 9C - 48
B/ Champagnat detras del FCECEP
Tel: 378-53-41
Palмира
Calle 37 #26 - 33 B/ Santa Rita
Tel: 378-53-41 / 262-32-74
www.medisscop.com.co
medisscop@gmail.com
contamedisscop@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 43.395

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
05 DÍA	03 MES	2025 AÑO	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE PRE INGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
INDEPENDIENTE				INDEPENDIENTE			
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)							
VALENCIA ALEJANDRA MARCELA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	37 AÑOS 0 MESES 25 DÍAS	CC	1130599183
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo ASISTENTE ADMINISTRATIVA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA							
Observaciones: SOBREPESO, MIOPIA							
N/A		NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)					
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 OSTEOMUSCULAR DE PRE INGRESO				GLUCOSA			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
				USO DE EPP		CONTROL DE PESO	
				SVE VISUAL			
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
GLICEMIA 110 MGS NORMAL, VISON MIOPIA , SOBREPESO 15 KGA NORMAL.APTA PARA LABORAR.							
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				Aspirante o Trabajador			
Firma:				Firma:			
Nombre: MUÑOZ OROZCO LUIS ALBERTO				Nombre: VALENCIA ALEJANDRA MARCELA			
R. M.: 16833		L.S.O.: 0121		Código de Seguridad		CC: 1130599183	
				K1283Q1W43395			