

BIO QUALITY SALUD S.A.S
NIT: 900218015-2

**Certificado de aptitud: 1088256763-55954**

## EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

**Tipo de Examen: PREINGRESO**

### INFORMACIÓN DE LA EMPRESA.

**Empresa:** PARTICULAR
**Actividad Económica:**

**Empresa en Misión/ Contrato/ Centro de Costo:**

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE.

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha y Lugar:** | 13 nov. 2026 - PEREIRA - RISARALDA | **Identificación:** | 1088256763 |
| **Paciente:** | ALEJANDRA RIVERA OSPINA | **Teléfono** | **Móvil:** 3017127442 |
| **Género** | FEMENINO **Edad:** 38 | **EPS:** | SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S. |
| **Fecha Nacimiento:** | 18/01/1988 | **ARL:** | NO REPORTA |
| **Estado Civil:** | SOLTERO(A) | **AFP:** | PORVENIR S.A. |
| **Escolaridad:** | PROFESIONAL | **Cargo:** | CONTRATISTA |
| **Área: No Reporta** | | | |
| **Correo Electrónico:** | no reporta | | |

### EXAMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS - RECOMENDACIONES.

| | |
|---|---|
| **EXAMEN MEDICO LABORAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR** | EDUCACION NUTRICIONAL. EJERCICIO REGULAR. HIGIENE POSTURAL. HÁBITOS SALUDABLES. PAUSAS ACTIVAS EN EL PUESTO DE TRABAJO. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL |

### CONCEPTO LABORAL

**PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO SIN RESTRICCIONES**

Observaciones:

| Tipo de Restricción | Condiciones, Factores, Agentes Asociados | Permanente |
|---|---|---|
| NO | | |

### Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

### Información de Remisiones

NO

'CONSENTIMIENTO
En la Fecha, Yo, mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna indole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que he recibido la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y para clínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.
De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a la IPS, para realizarme los exámenes clínicos y para clínicos solicitado por mi empleador o entidad pertinente y que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador, o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda.
LEY HABEAS DATA:
En cumplimiento de la ley estatutaria 1581 de octubre de 2012 , autorizo a la IPS, para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos.

*Dr. Carlos Arturo Vargas Molina*
M.D. Especialista en Salud Ocupacional
LP. SSO. 0719 - 10 RM. 850 MD.
C.C. 10.118.677 Pereira

DIRECTOR CIENTIFICO
CARLOS ARTURO VARGAS MOLINA
Cédula de Ciudadanía : 10118677
850MD - LPSSO0719-10

Firma y cédula del Paciente
ALEJANDRA RIVERA OSPINA
1088256763



Powered by CamScanner