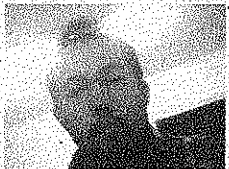


Yo **FREDDY DAVID FIGUEROA CAICEDO** identificado con cédula de ciudadanía número 79.293.859 de Bogotá, Médico de profesión y especialista en salud ocupacional y en medicina del deporte, con registro médico nacional No 8309-93 del Ministerio Nacional de Salud y Licencia de Salud Ocupacional No LPSST 612-14 expedida el 27 de Marzo de 2014 en el Departamento de Risaralda y con vigencia Actual.

DIRECCIÓN : CALLE 19 # 5 - 13 CONS. 313 TELS : 3336481

	NOMBRE DEL PACIENTE	CARLOS ANDRES GONZALEZ PARRA	IDENTIFICACION	CC 4515983
	EDAD	33 A, 3 M, 7 D	GENERO	MASCULINO
	DIRECCIÓN	CLLE 77 # 32A-63 LIBERTADOR CUBA	TELÉFONO	3122730857
	E-MAIL		FECHA DE ATENCIÓN	11/09/2017

#### CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

TIPO DE EXAMEN: INGRESO ENFASIS ESPECIFICO: OSTEOMUSCULAR

EMPRESA USUARIA: ALCALDIA

EMPRESA CONTRATANTE:

CARGO: OPERARIO SISTEMAS

#### CONCEPTO

Apto con recomendaciones

#### CLASIFICACIÓN DEL RIESGO

Medio

#### RECOMENDACIONES MÉDICAS

Completar esquema de vacunación de adultos

Solicitar en su EPS valoración y plan de manejo por sobrepeso

#### RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

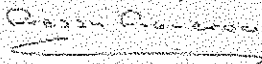
Capacitar en pausas activas e higiene postural

Capacitar en manejo de cargas

Uso de protección personal según labores del cargo


Realizar Actividad Física Constantemente

EN CONCORDANCIA CON EL ARTÍCULO 22 DEL DECRETO 1295 DE 1994 Y LO ESTABLECIDO EN EL CÓDIGO SUTANTIVO DE TRABAJO ARTÍCULO 62 ORDINAL A. PUNTO 1. HAGO CONSTAR QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES FIDELIGNA, CIERTA, VERAZ Y COMPLETA Y QUE A SU VEZ NO HE OMITIDO NINGÚN DATO SOBRE MI ESTADO DE SALUD.



Dr. Freddy D. Figueroa  
Médico Especialista  
Medicina del Deporte  
y Salud Ocupacional  
R.M. 8309-93 LPSST 612-14  
Cel. 300 782 41 03

Profesional Que realiza La Atención  
**FREDDY DAVID FIGUEROA CAICEDO**  
Reg. Médico: LPSST 612-14



Firma del trabajador  
C.C No: 4515983

FACTURA DE VENTA

3625

**Prosiso Medica S.A.S.****Profesionales en Salud Ocupacional**

NIT. 900.713.712-0

CLIENTE: **CARLOS ANDRES GONZALEZ PARRA**NIT. o C.C. **4515983**DIRECCIÓN: **CLLE 77 # 32A-63**CIUDAD: **PEREIRA**TELÉFONOS: **3122730857**

FAX:

FECHA FACTURA

**11/09/2017**

FECHA VENCIMIENTO

FORMA DE PAGO

**CONTADO**Autorización Numeración de Facturación DIAN  
Número de Formulario 18762003821436 - Fecha 2017/06/28  
Numeración Autorización del 3325 al 4448

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VR. UNITARIO	VALOR TOTAL
MEDICO OCUPACIONAL	1	20.000	20.000
SUB TOTAL			20.000

Esta factura de venta es un Título valor, conforme al Art. 772, modificado en la ley 1231 de 2008.

IVA

TOTAL

20.000

**Prosiso Medica**  
S.A.S.

DÍA MES AÑO

RECIBI

DÍA MES AÑO

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA Y SELLO

NIT. C.C.

Calle 19 No. 5 - 13 - Edif. Clinica Risaralda - Piso 3  
Tel. 333 6481 - Cel. 310 829 1718 - E-mail: prosisomedica@hotmail.com - Pereira - Risaralda

DELINIES - JESUS ANTONIO PUERTO VALENCIA NIT 90.001.990.9 DEL 310 638 1403 PEREIRA