

SERVISO SAS

Servicios y Asesorías Integrales en Salud Ocupacional
NIT: 900340832-4
EDIFICIO PLAZA 51 LOCAL 3 - 8813741 - 3162200078
MANIZALES



CONCEPTO DE APTITUD LABORAL EXAMEN MEDICO DE INGRESO

(Resolución 2346 de 2007 - Ministerio de la Protección Social)

FECHA: 2018-12-03 - HORA: 10:04:41
EMPRESA: PACIENTE PARTICULAR
CIUDAD: MANIZALES - CALDAS
TIPO EXAMEN: Ingreso



DATOS PERSONALES:
NOMBRES Y APELLIDOS: DANIEL ANDRES GALLO GARCIA
IDENTIFICACION: CC - 1053764579
FECHA DE NACIMIENTO: 22-02-1986

SEXO: M

EMPRESA: PACIENTE PARTICULAR
CARGO AL QUE ASPIRA: ING DE SISTEMAS

HACEMOS CONSTAR QUE A LA FECHA, EXAMINAMOS EL PACIENTE SUSCRITO CON EL SIGUIENTE RESULTADO:INGRESO
APTO CON RECOMENDACIONES

OBSERVACIONES: RECOMENDACIONES GENERALES PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, CITA CON OPTOMETRIA ANUAL

TIPO DE RESTRICCIONES O CAUSAS DE APLAZAMIENTO:
NINGUNO

INGRESO A SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:

BIOMECANICO
PSICOSOCIAL

PRUEBAS Y EXAMENES REALIZADOS:

VISIONOMETRIA
OTROS:

Examen médico ocupacional realizado con énfasis osteomuscular

RECOMENDACIONES:

USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION

CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA EN LA EPS

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

INGRESAR AL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

OTROS: RECOMENDACIONES GENERALES, HABITOS SALUDABLES Y AUTOCUIDADO, CITA CON OPTOMETRIA ANUAL

OBSERVACIONES:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

De acuerdo a Resolución 2346 de 2007, modificado por la Resolución 1918 de 2009. Manifiesto he sido informado por parte del Personal asistencial de SERVISO SAS acerca de los exámenes que me van a ser realizados Historia Clínica Ocupacional y/o Ej. Audiometría, Tamizaje visual, Exámenes de Laboratorio (ej. Serología, perfil lipídico, glicemia, cuadro hemático, creatinina, nitrógeno ureico, transaminasas, bilirrubinas, parcial de orina, etc.), vacunación y otras valoraciones complementarias por parte del grupo asistencial de SERVISO SAS. Comprendo y estoy de acuerdo, en consecuencia doy mi consentimiento para la realización. Autorizo al personal de SERVISO SAS a que proceda con la realización. Autorizo a que suministre la información necesaria a mi Empresa y a las personas o entidades contempladas en la legislación para dar cumplimiento al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, o aquellas personas según lo contemple la ley o que yo autorice por escrito para la entrega de mis reportes e historia clínica, teniendo en cuenta la reserva de historia clínica que está contemplado en el decreto 1995 de 1999. Además estoy de acuerdo y aseguro que toda la información que he suministrado para la realización de esta historia clínica es verdadera y que no he ocultado información relevante para mi condición de salud. Autorizo además el manejo de mis datos personales de acuerdo a la ley 1581 de 2012.

Bibiana M. Castro

Daniel Andres Gallo

BIBIANA MARIA CASTRO QUIROZ
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC: 24829219 - RM. 15949 LSO 73262

Firma del Paciente

**SERVISO**

Servicios y Asesorías Integrales en Salud Ocupacional

NIT: 900.340.832 - 4
TELS: 881 37 41 - 886 38 98
CEL: 316 220 00 78
E.mail: serviso@gmail.com
Manizales Caldas

RECIBO DE CAJA**No. RC 2788**

Ciudad manizales Fecha 3 12 18

Recibido de DB Consulting Group. \$ 28000

Dirección

La suma de (en letras)

Por concepto de Pago Examen Ocupacional. Daniel A. Gallo

Cheque No. Banco Sucursal Efectivo ☐

Código	Cuenta	Débitos	Créditos	Firma y sello
				SERVISO Servicios y Asesorías Integrales en Salud Ocupacional S.A.S. Nit. 900.340.832-4 Ed. Plaza 51 Pl. 5. Sala Local 3 Tel 881 37 41 - 886 38 98 Manizales - Caldas
				C.C. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/> No.

SERVISO S.A.S.

SERVICIOS Y ASESORIAS INTEGRALES EN SALUD OCUPACIONAL S.A.S.

NIT 900.340.832-4 RÉGIMEN COMUN

Edificio Plaza 51 Calle 51 Cra 23 Esquina. Plazoleta Local 3. Tel. 8813741

E-mail: serviso@gmail.com

RESOLUCIÓN N° 18762000594168

DE FECHA 2018/07/11

RANGO 10001-20000

DIA	MES	AÑO
3	12	2018

FACTURA DE VENTA

10624

SEÑOR (ES): ALCALDIA DE PEREIRA

NIT 891480030-2

DIRECCION: CRA 7 18 55 PEREIRA

TEL: 63248000

DESCRIPCION	CANTIDAD	VR. UNIT	VR. TOTAL
EXAMEN OCUPACIONAL	1	\$ 28 000,00	\$ 28.000,00
PACIENTE DANIEL ANDRES GALLO GARCIA			
VENTIOCHO MIL PESOS MONEDA CORRIENTE			
FAVOR CONSIGNAR EN LA CUENTA DE AHORROS No. 059-596116-80 DE BANCOLOMBIA A NOMBRE DE SERVICIOS Y ASESORIAS INTEGRALES EN SALUD OCUPACIONAL E INFORMAR AL CORREO serviso@gmail.com LA FECHA DE LA TRANSACCION			
ESTA FACTURA DE COMPRA VENTA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS LEGALES A UNA LETRA DE CAMBIO SEGÚN ARTICULO 774 DEL CODIGO DE COMERCIO		TOTAL	\$ 28.000,00

Tip Claridad E A T Nit 810.003.660-3 Tel 8846963

RECIBI

SERVISO
Servicios y Asesorías Integrales
en Salud Ocupacional S.A.S.
Nit. 900.340.832-4
Ed. Plaza 51 Pk. 23 Esq. Local 3
Tel. 8813741 Manizales
FIRMA