CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



CENTRO ESPECIALISTA MEDICINA SALUD OCUPACIONAL S A S
NIT: 900738322-1

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1061688894-94472

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	7/01/2021 CALI	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	JALLER MANUEL ROMAN ARBOLEDA	**Identificación:**	1061688894
Género	MASCULINO **Edad:** 34	**Teléfono**	**Móvil:** 3127647836
Fecha Nacimiento:	10/07/1986	**Cargo:**	MENTOR (EMPRENDIMIENTO)
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**EPS:**	COOMEVA EPS S.A.
Dirección	CR 4 · 71-21	**AFP:**	COLFONDOS
Escolaridad:	ESPECIALIZACION	**ARL:**	
Empresa	JALLER MANUEL ROMAN ARBOLEDA	**Antigüedad en el Cargo:**	0 meses
Dirección Empresa:	CR 4 · 71-21		
Actividad Económica:			

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA.

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO CON RECOMENDACION

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

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

NO

Información de Remisiones

NO

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 í-ndole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que SI he recibido toda la información pertinente acerca de los exámenes clí-nicos y paraclí-nicos 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 clí-nicos y paraclí-nicos solicitados por mi empleador o entidad remitente, para realizar la toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales y a 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. En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 del 17 de octubre de 2012, autorizo a la IPS para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos. Las respuestas dadas por mi están completas y son verí-dicas. Firmo para constancia.

JOHANA FORERO MARTINEZ	090-22 -	JALLER MANUEL ROMAN ARBOLEDA	1061688894
Médico Especialista en Salud Laboral		Firma y cédula del Paciente	