

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

CRC PROFESIONALES DE LA SALUD VILLA MAYOR SAS

NIT: 900708180-2

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Certificado de aptitud: 1023871454-4141

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	10/10/2020 BOGOTA D.C		**Tipo de Examen:**	INGRESO	
Paciente:	DARLI MELISA GOMEZ ACOSTA		**Identificación:**	1012916937	
Género	FEMENINO	**Edad:** 20	**Teléfono**		
Fecha Nacimiento:	04/08/2000		**Cargo:**	TEC. LABORAL EN SALUD ORAL	**Móvil:** 3041243824
Estado Civil:	SOLTERA		**EPS:**	COMPENSAR EPS	
Dirección	CR 8 E #30-25 SUR		**Escolaridad:**		
Empresa	PARTICULAR		**Área:**	TECNICO LABORAL	
				OPERATIVA	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL, EXAMENES DE LABORATORIO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR.

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO

Observaciones: ESTE EXAMEN SE REALIZA EN CONDICIONES DE REPOSO. NO SE ENCONTRARON PATOLOGÍAS O SECUELAS DE PUDIERAN CONSTITUIR UNA LIMITACIÓN O UN RIESGO PARA QUE EL TRABAJADOR MOVILICE CARGAS O REALICE ACTIVIDADES QUE IMPLIQUEN POSTURAS FORZADAS O MOVIMIENTOS REPETITIVOS.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

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

Información de Remisiones

NO

NUTRICION

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 índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que SI he recibido toda la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y paraclínicos 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 paraclínicos 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 verídicas. Firmo para constancia.

DRGERARDO O. VELASQUEZ SANTANA
C.C 79.846.806 de Bogotá

GERARDO O. VELASQUEZ SANTANA
MD Especialista en Salud Ocupacional
R.M. 46450-96
LSO 4146/2014

Darli Melisa Gomez

GERARDO VELASQUEZ SANTANA — LSO 8951
Médico Especialista en Salud Laboral

DARLI MELISA GOMEZ ACOSTA — 1.012.916.937
Firma y cédula del Paciente