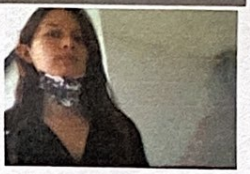
CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



MG SALUD INTEGRAL OCUPACIONAL SAS
NIT: 900532770-0

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1031157060-51754

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	20/08/2020 BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	DIVA LIZETH ROZO TRUJILLO	**Identificación:**	1031157060
Género	FEMENINO **Edad:** 25	**Teléfono**	**Móvil:** 3143426540
Fecha Nacimiento:	22/11/1994	**Cargo:**	CONTRATISTA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	SUSALUD - COMPAÑIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE
Dirección	DIG 77 B N 116 - 70	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO
Empresa	PARTICULAR		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL
ANEXO OSTEOMUSCULAR	REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

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 con el número de identificación como aparece al lado de mi firma , actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando de manera libre, voluntaria y consiente, sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que SI he recibido la información pertinente acerca de las modalidades de atención en las que puede ser realizado el examen médico ocupacional y que debido a las circunstancias actuales la "telemedicina – Asistida (Resolución 2654 de 2019, Decreto 538 de 12/04/20 Art 8) será la modalidad que me brindarán, sin descartar la posibilidad de otras, si así lo requiriera , además recibí información adecuada acerca de los exámenes clínicos y paraclínicos que me van a ser practicados (si aplican), 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 realizar el examen médico en la modalidad mencionada y que se me practiquen 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.

Dr. Anselmo Moreno Arias
Medico Cirujano
Salud Ocupacional
RG. MD. 19262 607/12065
U.M.

ANSELMO MORENO ARIAS	LSO 12065-09/2015	DIVA LIZETH ROZO TRUJILLO	1031157060
Médico Especialista en Salud Laboral		Firma y cédula del Paciente	