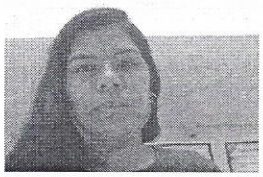
CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



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

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1033760311-83873

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	13/07/2020 CALI		**Tipo de Examen:**	INGRESO	
Paciente:	ANGIE LORENA MONTENEGRO ADAMES		**Identificación:**	1033760311	
Género	FEMENINO	**Edad:** 26	**Teléfono**		**Móvil:** 3046236995
Fecha Nacimiento:	3/11/1993		**Cargo:**	ADMINISTRATIVO	
Estado Civil:	SOLTERO(A)		**EPS:**	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS	
Dirección	CRA32ABIS#46 64		**Escolaridad:**	BACHILLERATO	
Empresa	ANGIE LORENA MONTENEGRO ADAMES		**Área:**	No Reporta	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES
1 PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS MÍNIMO 5 MINUTOS O SEGÚN PROTOCOLO DE LA EMPRESA
2 SUMINISTRAR PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS PARA LA REALIZACION SEGURA DE LAS TAREAS PROPIAS DE LA OCUPACION A DESEMPEÑAR
3 REALIZAR INDUCCIÓN O REINDUCCIÓN A CARGO
4 EXÁMENES OCUPACIONALES PERIÓDICOS SEGÚN PROFESIOGRAMA DE EMPRESA
5 CAPACITAR EN HIGIENE DE POSTURA
6 CAPACITAR EN LA PREVENCION DE LOS RIESGOS PROPIOS DEL OFICIO A REALIZAR

RECOMENDACIONES GENERALES
1 HÁBITOS SALUDABLES (HORAS SUEÑO ADECUADAS)
2 REALIZAR ALGUNA ACTIVIDAD FÍSICA (DEPORTE) CON FRECUENCIA MININA DE 3 VECES POR SEMANA MININO 40MIN POR SESIÓN.
3 CONSUMO DE DIETA BALANCEADA,

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones:

Tipo de Restricción — Condiciones, Factores, Agentes Asociados — Permanente

NO

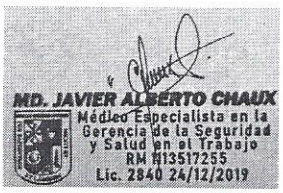
Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

NO

En la fecha, yo, mayor de edad, identificado 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.



JAVIER CHAUX 2840 -
Médico Especialista en Salud Laboral

ANGIE LORENA MONTENEGRO ADAMES 1033760311
Firma y cédula del Paciente