

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



CARVAJAL LABORATORIO IPS S.A.S
NIT: 900152996-7



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL Certificado de aptitud: 1014272102-79297 INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	30 mar. 2022 - TUNJA	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	GINA JEILEN LOPEZ SUAREZ	Identificación:	1014272102
Género:	FEMENINO Edad: 26	Teléfono:	3108430770 Móvil:
Fecha Nacimiento:	27/11/1995	Cargo:	TECNOLOGO
Estado Civil:	SOLTERO(A)	EPS:	FAMISANAR
Dirección:	CRR 9A #9-22	ARL:	SEGUROS BOLIVAR S.A.
Escolaridad:	TECNOLÓGICO	AFP:	PROTECCION S.A.
Empresa:	PARTICULARES -	Peso: 67 Talla: 160 IMC: 26	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES, ACTIVIDAD FÍSICA MÍNIMO 30 MINUTOS DIARIOS POR 5 DÍAS A LA SEMANA. HIGIENE POSTURAL, REALIZACIÓN DE PAUSAS ACTIVAS DE 5 MINUTOS POR LO MENOS CADA 2 HORAS EN SU PUESTO DE TRABAJO. USO Y RETIRO CORRECTO DE LOS EPP SEGÚN EL CARGO, GUARDAR DISTANCIAMIENTO SOCIAL DE 1 METRO CON PERSONAS EN GENERAL Y COMPAÑEROS DE TRABAJO. LAVADO DE MANOS CADA 2 HORAS O APLICACIÓN DE GEL ANTISÉPTICO, INFORMAR CAMBIOS EN SUS CONDICIONES DE SALUD A EMPLEADOR CUANDO SEA NECESARIO. CONTROL DEL PESO.

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO CON RECOMENDACIONES

Observaciones:

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

NO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

NO

Información de Remisiones

NO

'CONSENTIMIENTO INFORMADO

Autorizo al(a) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mí el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es) registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional (es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que realizaran el(los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomará CARVAJAL LABORATORIO IPS S.A.S para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son VERÍDICAS. Autorizo a CARVAJAL LABORATORIO IPS S.A.S para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

CARVAJAL LABORATORIO IPS S.A.S se acoge a las disposiciones de la ley 1581 del 2012 y al derecho reglamentario 1377 del 2013 y se responsabiliza del tratamiento de protección de datos personales'

Yaddy Elizabeth Paez Rojas
MÉDICO ESP. SALUD OCUPACIONAL
UPIC - RMO27/09 ISO-1388/12



Gina Jeilen Lopez Suarez

YADDY ELIZABETH PAEZ ROJAS

Médico Especialista en Salud Laboral 1388 027

GINA JEILEN LOPEZ SUAREZ

1014272102

Firma y cédula del Paciente