

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



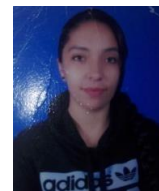
**PROFESIONALES
DE LA SALUD
VILLA MAYOR SAS**

- EVALUACIÓN MÉDICA
- COORDINACIÓN MOTRIZ
- EXAMEN DE AUDICIÓN
- EVALUACIÓN DE LA VISIÓN
- LABORATORIO CLÍNICO
- SALUD OCUPACIONAL

CRC PROFESIONALES DE LA SALUD VILLA MAYOR SAS

NIT: 900708180-2

EVALUACIÓN MÉDICOOCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1023871454-4141



INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar: 18/03/2021	BOGOTÁ D.C	Tipo de Examen: INGRESO	
Paciente: LEIDY MARCELA CARDONA MORENO		Identificación: 1023927453	
Género: FEMENINO	Edad: 27	Teléfono:	Móvil: 3142713763
Fecha Nacimiento: 10/08/1993		Cargo: BACHILLER	
Estado Civil: SOLTERA		EPS: COMPENSAR EPS	
Dirección: CR 9 C ESTE 29 30SUR		Escolaridad: BACHILLER	
Empresa: PARTICULAR		Área: OPERATIVA	

MEDICINA OCUPACIONAL

DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA. MANEJO ADECUADO DE CARGAS

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO

Observaciones: EXAMEN OSTEOMUSCULAR QUE 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

NO

Información de Remisiones

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.

DR GERARDO O. VELASQUEZ SANTANA
C.C. 79.846.806 de Bogotá

GERARDO O. VELASQUEZ SANTANA
MD Especialista en
Salud Ocupacional
R.M. 46430-96
LSO 4146/2014



Leidy Marcela Cardona Moreno

GERARDO VELASQUEZ SANTANA
Médico Especialista en Salud Laboral

LSO 8951

LEIDY MARCELA CARDONA MORENO

1.023.927.453

Firma y cédula del Paciente