

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



SOLUCIONES MEDICAS EMPRESARIALES LTDA

NIT: 900146367

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL  
Certificado de aptitud: 1013652344-213836



## INFORMACIÓN GENERAL

<b>Fecha y Lugar:</b>	14/01/2022 - BOGOTA D.C.	<b>Tipo de Examen:</b>	INGRESO
<b>Paciente:</b>	ANYI ELIANA PENAGOS PINTO	<b>Identificación:</b>	1013652344
<b>Género:</b>	FEMENINO <b>Edad:</b> 27	<b>Teléfono:</b>	<b>Móvil:</b> 3002647331
<b>Fecha Nacimiento:</b>	13/09/1994	<b>Cargo:</b>	AUXILIAR DE ENFERMERIA SALUD PUBLICA
<b>Estado Civil:</b>	CASADO(A)	<b>EPS:</b>	SUSALUD - COMPAÑIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE
<b>Dirección:</b>	TRV 93 # 22 D 35 CASA 108	<b>ARL:</b>	SURA
<b>Escolaridad:</b>	TÉCNICO	<b>AFP:</b>	PROTECCION S.A.
<b>Empresa:</b>	PARTICULAR VIP		

## EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

### MEDICINA OCUPACIONAL

EXAMEN PERIODICO ANUAL, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGUN LA EXPOSICION, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL. EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO ANTES, DURANTE Y DESPUES DE LA JORNADA LABORAL. AL MOMENTO DE ESTE EXAMEN FISICO NO PRESENTA PATOLOGIA ALGUNA QUE PUEDA INTERVENIR CON LA PANDEMIA ACTUAL DE COVID-19. CONTROL PERIODICO OPTOMETRIA.

## CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

### CUMPLE CON LOS REQUISITOS PARA EL CARGO

Observaciones: EXAMEN FISICO OSTEOMUSCULAR SIN ALTERACION AL MOMENTO DE ESTE EXAMEN MEDICO. DURANTE LA ATENCION SE UTILIZARON LOS EPP PARA COVID-19 DEL PERSONAL MEDICO EN CONSULTA EXTERNA, QUE INCLUYE BATA, TAPABOCAS QUIRURGICO, GUANTES, CARETA, ADEMAS SE REALIZA LAVADO DE MANOS EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS POR LA OMS. SE SOLICITO AL PACIENTE CUMPLIR CON LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN PORTANDO TAPABOCAS ADECUADAMENTE E HIGIENIZACIÓN DE LAS MANOS SEGÚN LA NORMA, TODO ESTO CON EL FIN DE CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS DURANTE LA PANDEMIA.

### 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

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.

Helda Núñez Juviano  
M.D. Esp. SGSST Salud Ocupacional  
Lic. 6420



HELDA PATRICIA NUÑEZ JUVIANO

ANYI ELIANA PENAGOS PINTO

1013652344

Firma y cédula del Paciente

6420de2013 2697

Médico Especialista en Salud Laboral