



CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

ALIADOS SALUD OCUPACIONAL SAS.

Nit: 830.082.968-6

Licencia Salud Ocupacional Resolución No. 7095/2015
202102987

Se certifica que al señor(a): **ANGIE BRIYI VALERO SIERRA**
Identificado(a) con documento: **CC 1012402251**
Se le practicaron los exámenes: **EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL**
Tipo de examen: **PREOCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR**
Empresa: **PARTICULAR**
Cargo: **AUXILIAR ENFERMERIA**
Fecha: **11/11/2021**

Los exámenes arrojaron como resultado: **APTO SIN RESTRICCIÓN**

Restricciones:

NO

Recomendaciones laborales:

**USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL REQUERIDOS. HIGIENE POSTURAL.
PAUSAS ACTIVAS. MANEJO ADECUADO DE CARGAS. USO DE CORRECCION OPTICA INDICADA.**

APTA PARA EL CARGO A DESEMPEÑAR.

**-CUMPLIR LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS DEL PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD DE LA EMPRESA
(RESOLUCIÓN 000666 DEL 24 DE ABRIL DE 2020 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL.**

Recomendaciones generales:

**REALIZAR CONTROL MEDICO DE SALUD OCUPACIONAL ANUAL O, ACORDE AL PROFESIOGRAMA DE LA
EMPRESA.**

**•ACTUALMENTE NO PRESENTA NI REFIERE SIGNOS, SÍNTOMAS NI COMORBILIDAD ASOCIADA A
COVID-19 DE ACUERDO CON CIRCULAR EXTERNA 030 DEL 8 DE MAYO DE 2020 DEL MINISTERIO DE
SALUD Y PROTECCION SOCIAL Y, LA CIRCULAR CONJUNTA 001 DE 11 DE ABRIL DE 2020 INCISOS 2.22 Y
10.1.5.**


**-REALIZAR: LAVADO PERMANENTE DE MANOS CON AGUA Y JABÓN. USO PERMANENTE DE TAPABOCAS.
ETIQUETA RESPIRATORIA. DISTANCIAMIENTO SOCIAL. CONTROL DIARIO DE CONDICIÓN DE SALUD,
REPORTAR EN FORMA OPORTUNA SINTOMATOLOGIA RELACIONADA A FACTOR DE RIESGO POR
COVID-19.**

Pedro Pablo Pérez
MEDICO UNIVERSIDAD NACIONAL
Salud Ocupacional U.C.M.C.
RM: 19.237.949 RES.

Calle 80 No. 19-56 Tels. 6230213 - 5302837 - 6918599



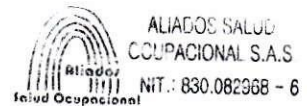
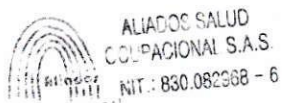
ALIADOS SALUD
OCUPACIONAL S.A.S.
NIT: 830.082.968-6


PEDRO PABLO PÉREZ SUÁREZ
LSO 3804 DEL 13/3/2018

Pedro Pablo Pérez
MEDICO UNIVERSIDAD NACIONAL
Salud Ocupacional U.C.M.C.
RM. 19.237.949 Res.


ANGIE BRIYI VALERO SIERRA
CC 1012402251

Certifico, que los datos aportados por mí en la presente historia clínica son verídicos y no he omitido información actual o de antecedentes de mi salud, me hago responsable de la misma conociendo las implicaciones legales; así mismo, he recibido información clara por parte del personal médico sobre el procedimiento realizado y he conocido el resultado para acatar las recomendaciones



Pedro Pablo Pérez
MEDICO UNIVERSIDAD NACIONAL
Salud Ocupacional U.C.M.C.
RM. 19.237.949 Res.



Pedro Pablo Pérez
MEDICO UNIVERSIDAD NACIONAL
Salud Ocupacional U.C.M.C.
RM. 19.237.949 Res.

Pedro Pablo Pérez
MEDICO UNIVERSIDAD NACIONAL
Salud Ocupacional U.C.M.C.
RM. 19.237.949 Res.

