SALUD LINEA LABORAL
SOLUCIONES PARA LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SALUD LINEA LABORAL I.P.S. S.A.S.
NIT 901109598-0
saludlinealaboralipssas@gmail.com - 322 931 1715

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

INFORMACIÓN GENERAL

PERSONAL

Lugar y Fecha:	Bogotá - Nov. 25 de 2022	Dirección:	Cll 94a # 68b - 41
Nombre Completo:	María Camila Monroy Sanchez	Teléfono:	321 - 328 1316
Sexo:	F	Edad: 27 años	Identificación: 1.015 453 921
Fecha Nacimiento:	05-05-1995	EPS: Compensar	ARL: Positiva
Estado Civil:	Soltera	Hemoclasificación:	A Positivo

LABORAL

Empresa:	Hospital militar central	Cargo:	Facturador cuentas médicas

EXAMEN DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADO

Ingreso	Egreso	Periódico	Postincapacidad	Trabajo Alturas	Manipulación Alimentos
X					

Hago constar que en la fecha hemos examinado y evaluado los resultados del trabajador suscrito, dentro del examen solicitado por ustedes, con el siguiente resultado:

Medicina Ocupacional:	Sin alteración	Enfasis:	Osteomuscular
Visiometría:	No causa restricción	Audiometría:	
Espirometría:		Electrocardiograma:	
T. Alturas:		M. Alimentos:	
Laboratorio:			

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Apto	Apto con restricciones laborales que no limitan su función.	Cumple parcialmente. Restricciones laborales que limitan su función	Aplazado. Requiere nueva valoración
X			

Egreso satisfactorio	Egreso no satisfactorio	Sospecha enfermedad profesional
Apto para trabajo en alturas		No Apto para trabajo en alturas
Apto para manipulación de alimentos		No Apto para manipulación de alimentos

Restricciones	Ninguna
Recomendaciones	Control anual salud ocupacional, higiene postural, pausas activas, valoración entidad de salud optometria
Ingreso S.V.E.:	No
Remisiones:	No

EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL SE EXPIDE CON BASE A LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TRABAJADOR

Autorizo al doctor abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional, paraclínicos, y demás estudios complementarios que correspondan. Se me ha explicado y he comprendido el propósito, beneficios, limitaciones y riesgos de los mismos a partir de la asesoría que me fué realizada previamente. Entiendo que la realización de estas pruebas es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas que tomará SALUD LINEA LABORAL IPS S.A.S. para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mi en estos exámenes son completas y verídicas, y por lo mismo autorizo a la entidad para que suministre a las personas o instituciones contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el cumplimiento del programa de salud ocupacional. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Dra. Carolina López
Medico Esp. Salud Ocupacional
Reg. Col. 2015
C.C. 52832170

Firma y Sello del Medico Evaluador

Firma y Cédula Trabajador Evaluado