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 - Octubre 21 de 2022	Dirección:	Cll 65I #78d-58 Sur.
Nombre Completo:	Sandra Milena García Lozano	Teléfono:	3203801834
Sexo:	Femenino	Edad:	41 años.
Identificación:	65 707 027		
Fecha Nacimiento:	08 - 01 - 1981	EPS:	Salud Total ARL: Sura
Estado Civil:	Soltera	Hemoclasificación:	O Positivo

LABORAL

Empresa: Subred Integrada de servicios de salud Norte Cargo: Salud Publica.

EXAMEN DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADO

Ingreso	X	Egreso		Periódico		Postincapacidad		Trabajo Alturas		Manipulación Alimentos	

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:	Audiometría:
Espirometría:	Electrocardiograma:
T. Alturas:	M. Alimentos:
Laboratorio:	

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

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

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.
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. Fuí 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 leido y comprendido perfectamente lo anterior y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Firma y Sello del Médico Evaluador

Firma y Cédula Trabajador Evaluado