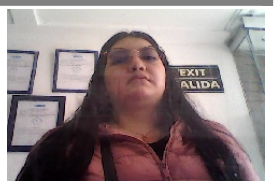
CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



INTERVENIR SALUD IPS SAS
NIT: 900143900-2

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

Certificado de aptitud: 1023940272-214644

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	07 oct 2022 - BOGOTA, D.C.	**Tipo de Examen:**	PRE-INGRESO
Paciente:	PAULA ANDREA BUITRAGO CEPEDA	**Identificación:**	1023940272
Género	FEMENINO **Edad:** 27	**Teléfono**	**Móvil:** 3142229255
Fecha Nacimiento:	18/10/1994	**Cargo:**	ADMINISTRATIVE FUNCTIONAL SUPPORT
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	FAMISANAR LTDA.
Dirección	CLL 70 # 110 18	**ARL:**	
Escolaridad:	TECNOLÓGICO	**AFP:**	PORVENIR S.A.
Empresa	MANPOWER DE COLOMBIA LTDA. - YUNEX S.A.S.-ELEMENTO	**Área: No Reporta**	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	ADECUADA HIGIENE AUDITIVA, PAUSAS AUDITIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL, REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL, CONTROLES AUDITIVOS PERIODICOS ANUALES, EN CASO DE EXPOSICION A RUIDOS ALTOS HACER USO DE EPPA
OPTOMETRIA	DEBE UTILIZAR CORRECCION CON EL USO DEL COMPUTADOR, CONTROL ANUAL.
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, EJERCICIO Y DIETA.
ANEXO OSTEOMUSCULAR	CORRECTA POSTURA

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO PARA EL CARGO.

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
DEBE UTILIZAR GAFAS O LENTES		Permanente

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

VISUAL	PPyP

Información de Remisiones

NO

'Se certifica que a la fecha de la atención el paciente no presenta signos o síntomas sugestivos de contagio con SARSCoV-2 COVID-19, ni refiere nexos epidemiológicos sospechosos del mismo.

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, incluidas las posibles complicaciones que puedan generarse, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.

De conformidad plena y teniendo en cuenta lo anteriormente expresado SI autorizo a INTERVENIR SALUD IPS S.A.S. 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 INTERVENIR SALUD IPS S.A.S. para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos, para fines de apertura y registro de historia clínica y anexos pertinentes.

Certifico que he sido informado acerca de todas las restricciones y recomendaciones existentes para el desempeño de la labor'

Luis Armando Prieto Q.
Médico Esp. Salud Ocupacional
Res 7435 / 05 / 06 / 2018
C.C. 2994542

LUIS ARMANDO PRIETO QUECÁN
Médico Especialista en Salud Laboral 7435-2018 2994542

PAULA ANDREA BUITRAGO CEPEDA 1023940272
Firma y cédula del Paciente