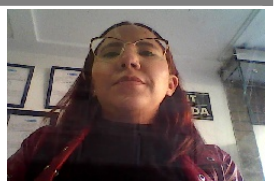
CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



INTERVENIR SALUD IPS SAS
NIT: 900143900-2

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

Certificado de aptitud: 1030659668-211704

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	19 ago. 2022 - BOGOTA, D.C.	**Tipo de Examen:**	PRE-INGRESO
Paciente:	DIANA KARINA QUINTERO PEA	**Identificación:**	1030659668
Género	FEMENINO **Edad:** 26	**Teléfono**	**Móvil:** 3043349857
Fecha Nacimiento:	6/11/1995	**Cargo:**	ACCOUNTING OPERATOR EN YUNEX
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	SANITAS S.A.
Dirección	CRA 78 P 24 D 12 SUR	**ARL:**	
Escolaridad:	PROFESIONAL	**AFP:**	COLPENSIONES
Empresa	MANPOWER DE COLOMBIA LTDA. - YUNEX S.A.S.-ELEMENTO	**Área: No Reporta**	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

OPTOMETRIA	SEGUIR USO CORRECCION- PAUSAS USO COMPUTADOR- CONTROL ANUAL
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO DE LENTES DE CORRECCION, CONTROL DE PESO CORPORAL. NO PRESENTA COMORBILIDADES PREEXISTENTES IDENTIFICADAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID-19
ANEXO OSTEOMUSCULAR	EXAMEN OSTEOMUSCULAR SIN ALTERACIONES

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO PARA EL CARGO.

Observaciones: REFIERE ESQUEMA DE VACUNACIÓN CONTRA COVID-19

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

'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'

David Moncriff Gonzalez
Médico Especialista SST
RM: 25-9364/2010
LSST 25-5578/2015

JOSE DAVID MONCRIFF GONZALEZ
Médico Especialista en Salud Laboral 255578-2015 255364

DIANA KARINA QUINTERO PEA 1030659668
Firma y cédula del Paciente