CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



INSSOMEDIC OCUPACIONAL S.A.S.
NIT: 901214786-8

EVALUACION LABORAL
Certificado de aptitud: 52559158-72

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	01 ago. 2023 - CHIA	**Tipo de Examen:**	PERIODICO
Paciente:	SANDRA LILIANA ARAQUE CAMARGO	**Identificación:**	52559158
Género	FEMENINO **Edad:** 50	**Teléfono**	**Móvil:** 3204586055
Fecha Nacimiento:	24/03/1973	**Cargo:**	TECNICO ADMINISTRATIVO
Estado Civil:	CASADO(A)	**EPS:**	
Dirección	CARRERA 2 #32-26 CASA 20 CONDADO SAN NICOLAS	**ARL:**	
Escolaridad:		**AFP:**	
Empresa	PARTICULAR	**AREA: No Reporta**	
Empresa en Misión:	PARTICULAR -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL

CONTROL POR NUTRICION. CONTROL POR MD GENERAL. CONTROL METABOLICO. PACIENTE CON OBESIDAD. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS 2 VECES POR JORNADA. ESTILO DE VIDA SALUDABLE: REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA: (TIEMPO MÍNIMO A LA SEMANA 150 MINUTOS); CONTROL DE PESO, DIETA BAJA EN SODIO, EVITAR CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS, TABAQUISMO Y OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. MEDIDAS PARA PREVENIR INFECCIONES RESPIRATORIAS: LAVADO FRECUENTE DE MANOS, USO DE TAPABOCAS SI PRESENTA SÍNTOMAS RESPIRATORIOS, CONSULTA OPORTUNA A LOS SERVICIOS DE SALUD. USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. PARTICIPACIÓN ACTIVA EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y CAPACITACIONES PROPIAS DEL SISTEMA DE MEDICINA LABORAL DE LA EMPRESA.

CONCEPTO MEDICINA LABORAL

PUEDE CONTINUAR DESEMPEÑANDO EL CARGO
APTO CON RECOMENDACIONES.

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

BIOMECÁNICO - ERGONÓMICO	-	PPyP
CARDIOVASCULAR	-	SVE

Información de Remisiones

NO

'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 INSSOMEDIC IPS SAS 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 INSSOMEDIC IPS SAS 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.

Dr. PEDRO A. LEGUIZAMÓN
Med. Cirujano
R.M. 25621
Esp. Salud Ocupacional
y Riesgos Laborales

PEDRO ANDRES LEGUIZAMON QUIROGA
Médico Especialista en Salud Laboral

RM 25621-2014 LIC SST 1000

SANDRA LILIANA ARAQUE CAMARGO
52559158
Firma y cédula del Paciente