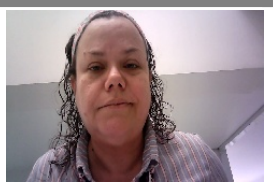
CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



CENTRO ESPECIALISTA MEDICINA SALUD OCUPACIONAL S A S
NIT: 900738322-1

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Certificado de aptitud: 37894191-132654

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	13/12/2022 CALI	**Tipo de Examen:**	PERIODICO
Paciente:	VICTORIA EUGENIA LAMO TORRES	**Identificación:**	37894191
Género	FEMENINO **Edad:** 50	**Teléfono**	**Móvil:** 3042307672
Fecha Nacimiento:	01/08/1972	**Cargo:**	ASESOR EDUCATIVO
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
Dirección	CRA 64 A #13A-74	**AFP:**	PROTECCION S.A.
Escolaridad:	UNIVERSITARIO	**ARL:**	
Empresa	POLITECNICO INTERNACIONAL DE OCCIDENTE SAS -	**Antigüedad en el Cargo:**	14 meses
Dirección Empresa:	AV. 2N #24N-91		

Actividad Económica: ESTABLECIMIENTOS QUE COMBINAN DIFERENTES NIVELES DE EDUCACIóN.

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL	Ha sido Diagnosticado con Coronavirus Covid-19: NO, Ha estado en contacto con pacientes Covid positivo en los últimos 14 días: NO. SE APLICA ENCUESTA, NO SE ENCUENTRAN ALTERACIONES EN LA MISMA, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE. CONTINUAR CON LOS LINEAMIENTOS EXPEDIDOS POR EL MINISTERIO SEGUIR CON LAS RECOMENDACIONES DE BIOSEGUIRIDAD

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES////

Observaciones: CONTROL PESO SE RECOMIENDA AFINAMIENTO DE TENSION ARTERIAL CONTROL MEDICO EN SU EPS

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

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

NO

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 í-ndole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que SI he recibido toda la información pertinente acerca de los exámenes clí-nicos y paraclí-nicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a la IPS para realizarme los exámenes clí-nicos y paraclí-nicos 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 la IPS para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos. Las respuestas dadas por mi están completas y son verí-dicas. Firmo para constancia.







JOHANNA FORERO MARTINEZ

VICTORIA EUGENIA LAMO TORRES 37894191

Firma y cédula del Paciente

090-2015 -

Médico Especialista en Salud Laboral