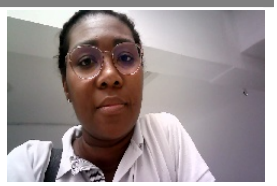
CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



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

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 67032814-148374

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	23/10/2023 - CALI	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	ANA DEL PILAR QUIÑONES CAICEDO	**Identificación:**	67032814
Género	FEMENINO **Edad:** 37	**Teléfono**	315-3754421 **Móvil:** 315 375 44 21
Fecha Nacimiento:	13/11/1985	**Cargo:**	PSICOLOGA
Estado Civil:	CASADO(A)	**EPS:**	SANITAS S.A.
Dirección	CALLE55 44 -55 B/ MORICHAL DE COMFANDI	**AFP:**	PROTECCION S.A.
Escolaridad:	POST-GRADO	**ARL:**	POSITIVA
Empresa	ANA DEL PILAR QUIÑONES CAICEDO	**Antigüedad en el Cargo:** 0 meses	
Dirección	CALLE55 44 -55 B/ MORICHAL DE COMFANDI		
Actividad Económica:			

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS REALIZAR ESTIRAMIENTO DE TODOS LOS GRUPOS MUSCULARES. HIGIENE POSTURAL Y COLUMNA. HABITOS DE ALIMENTACION Y VIDA SALUDABLE. DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS, ALIMENTOS MUY PROCESADOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA. USAR CORERCCION VISUAL PERMANENTE. SE APLICO ENCUESTA COVID SIN ALTERACIONES.

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones: USAR CORRECCION VISUAL PERMANENTE.

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.

Dra. Erika Palacios M.
Magister en Salud Ocupacional
Universidad Libre
L.S.O 1757
C.C. 35600675

ERIKA DEL CISCY PALACIOS MURILLO	1757 50651	ANA DEL PILAR QUIÑONES CAICEDO	67032814
Médico Especialista en Salud Laboral		Firma y cédula del Paciente	