

|                                                                                  |                                                                      |  |                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>Certificado Médico</b><br>Informe seguridad y salud en el trabajo |  |  |
|                                                                                  | EMPRESA                                                              |  |                                                                                    |
|                                                                                  | PARTICULAR                                                           |  |                                                                                    |

ACTIVIDAD ECONOMICA: SIN ACTIVIDAD ECONÓMICA ASIGNADA

|                      |                                 |                |             |        |   |
|----------------------|---------------------------------|----------------|-------------|--------|---|
| NO. CERTIFICADO      | 1.536.360                       |                |             |        |   |
| CIUDAD               | BOGOTÁ - MEDICINA LABORAL S.A.S |                |             |        |   |
| FECHA                | 21/05/2024                      | TIPO DE EXAMEN | PRE-INGRESO |        |   |
| NO. DOCUMENTO        | CC. 1.129.574.451               | EDAD           | 37          | GENERO | F |
| NOMBRES Y APELLIDOS: | MONTES CUELLO ELIZABETH         |                |             |        |   |
| TIPO DE CARGO        | ADMINISTRATIVO                  | CARGO U OFICIO | ABOGADA     |        |   |

|                                                  |                 |
|--------------------------------------------------|-----------------|
| EXÁMENES REALIZADOS                              |                 |
| ENFASIS OSTEOMUSCULAR - EXAMEN MEDICO DE INGRESO |                 |
| CONCEPTO DE APTITUD                              | OTROS CONCEPTOS |
| Apto sin restricciones para el cargo             | NA              |

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA - HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICION DE RIESGO

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA 150 MINUTOS A LA SEMANA DE ACUERDO A INDICACIÓN MEDICA Y TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD - MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Consentimiento informado del aspirante o trabajador</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                 |
| Yo <u>MONTES CUELLO ELIZABETH</u> identificado con CC No. <u>1.129.574.451</u> . Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos del examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que Medicina Laboral S.A.S. dé a la misma, autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de las empresas y la realización de estudios de investigación con fines científicos. (Ley 1581 de 2012). Suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST). |                                                                                                                 |
| Profesional<br><br>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Aspirante o trabajador<br> |
| DR. LUIS ENRIQUE LUIS HERNÁNDEZ LSST: 4183 DEL 14/06/2023                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | CC. 1.129.574.451                                                                                               |
| ELABORADO POR: MEDICINA LABORAL S.A.S 830142721 SEDE: CALLE 26 CALLE 27 #27-21 PBX: 744 6346 BOGOTÁ<br>www.medilaboral.com                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                 |