CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



BIENESTAR Y SALUD EMPRESARIAL SAS
NIT: 900462772-4

OSTEOMUSCULAR
Certificado de aptitud: 1018509923-132743

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	22/12/2022 - BOGOTA D.C - BOGOTA, DISTRITO CAPITAL	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	ALEJANDRA BARBOSA RODRIGUEZ	**Identificación:**	1018509923
Género	FEMENINO **Edad:** 23	**Teléfono**	NO **Móvil:** 3013475149
Fecha Nacimiento:	14/03/1999	**Cargo:**	AUXILIAR ADMINISTRATIVA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
Dirección	KR 87 53 41 SUR	**ARL:**	POSITIVA
Escolaridad:	TECNOLOGO	**AFP:**	PROTECCION S.A.
Empresa	PARTICULAR		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA, VALORACIÓN POR NUTRICION EN EPS.

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO PARA EL CARGO

Observaciones: SIN RESTRICCIONES OSTEOMUSCULARES

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

'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.

Nota: Dando cumplimiento a las disposiciones legales , Ley 1581 de 2012 (protección de datos personales), Ley 1266 de 2008 (Habeas Data) y Ley 1273 de 2009 (Protección de la Información y de los datos), declaro en mi calidad de usuario de la IPS BIENESTAR Y SALUD EMPRESARIAL - BYSE, que he sido informado y conozco de manera clara y expresa la finalidad con que se recopilan mis datos y autorizo expresamente a que la presente entidad conozca, actualice , corrija o suprima la información entregada, por lo que los datos recopilados serán tratados de manera confidencial y exclusivamente para los propósitos relacionados con los trámites y servicios que presta la entidad'

ALEJANDRA BARBOSA

PATRICIA CUELLAR

ALEJANDRA BARBOSA RODRIGUEZ 1018509923

Firma y cédula del Paciente

12919/13-11-2014
52414232

Médico Especialista en Salud Laboral

Powered by CamScanner