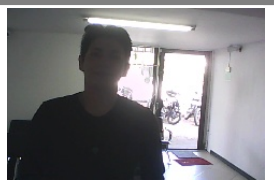
CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SALUD Laboral Profesional I.P.S.



SALUD LABORAL PROFESIONAL IPS SAS
NIT: 900776017-1

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1022443275-26965

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	08/07/2024 - BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	DANIEL MAURICIO RUIZ NEIRA	**Identificación:**	1022443275
Género	MASCULINO **Edad:** 25	**Teléfono**	**Móvil:** 3232207758
Fecha Nacimiento:	07/05/1999	**Cargo:**	DOCENTE
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	SANITAS S.A.
Dirección	CARRERA 19 N° 1 - 175 SUR CONJUNTO LA ESPERANZA 1 TORRE F APTO 202	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	UNIVERSITARIO	**AFP:**	COLFONDOS
Empresa	PARTICULAR		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO
OPTOMETRIA	SE RECOMIENDA USO DE CORRECCION OPTICA PROLONGADO.
MEDICINA OCUPACIONAL	REALIZAR ACTIVIDAD FISICA FRECUENTE, DIETA BALANCEADA, PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS, HIGIENE POSTURAL
ANEXO OSTEOMUSCULAR	PAUSAS ACTIVAS E HIGINE POSTURAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones: PRACTICAR Y CONSERVAR AUTOCUIDADOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, REALIZAR EJERCICIO REGULAR Y CONTROLADO MINIMO 3 VECES A LA SEMANA EN SESIONES DE MEDIA HORA/DIA, ACORDE CON SU ESTADO FÍSICO Y CONDICIÓN DE SALUD, EVITAR EL CONSUMO DE ALIMENTOS CON ALTO CONTENIDO DE AZUCAR, HARINAS O GRASAS, CONTROL MÉDICO INTEGRAL EN PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SU EPS, USO DE TAPABOCAS, LAVADO DE MANOS, DISTANCIAMIENTO FISICO, CUMPLIR LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD DE LA EMPRESA, CUMPLIR CON LAS RECOMENDACIONES GENERALES Y MEDIDAS DE PROTECCIÓN DE LA OMS Y DE LAS AUTORIDADES SANITARIAS DE COLOMBIA FRENTE A LA ENFERMEDAD DEL SARS-COV 2/ COVID 19.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

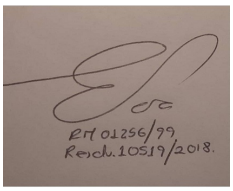
Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

NO

Información de Remisiones

NO

Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las pruebas complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desarrollar el cargo asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en que le sean realizadas. CONSENTIMIENTO PACIENTE: 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 va a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto. En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 del 17 de octubre de 2012, autorizo a SALUD LABORAL PROFESIONAL IPS SAS para que haga uso de mis datos personales existentes en su base de datos. Bajo la gravedad de juramento declaro que la información suministrada y que será consignada en la Historia Clínica, corresponde rigurosamente a la verdad y no hay omisión de la misma. Autorizo a la IPS para solicitar a cualquier médico, profesional de la salud, centro hospitalario y otros, las historias clínicas y demás información de mi estado de salud si esta lo considera necesario. Firmo para constancia.



ERIKA MARCELA PERA GALVEZ

10519/2018 01256/1999

Médico Especialista en Salud Laboral





DANIEL MAURICIO RUIZ NEIRA 1022443275

Firma y cédula del Paciente