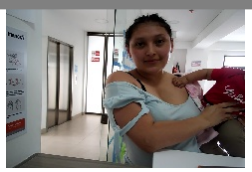
CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



INSSOMEDIC OCUPACIONAL S.A.S.
NIT: 901214786-8

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1074135934-7286

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	26 jun. 2024 - CHIA	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	LIZETH DAYANNA AVILA MENDEZ	**Identificación:**	1074135934
Género	FEMENINO **Edad:** 27	**Teléfono**	00 **Móvil:** 3209504070
Fecha Nacimiento:	12/03/1997	**Cargo:**	AUXILIAR ADMINISTRATIVO
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	FAMISANAR
Dirección	CRA 14 A # 5A - 22	**ARL:**	COLMENA RIESGOS PROFESIONALES S.A.
Escolaridad:	UNIVERSITARIO	**AFP:**	COLPENSIONES
Empresa	PARTICULAR	**AREA: No Reporta**	
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	PARTICULAR		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL	CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA; USO DE CORRECCION VISUAL; ESTILO DE VIDA SALUDABLE: REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA: (TIEMPO MÍNIMO A LA SEMANA 150 MINUTOS); CONTROL DE PESO, DIETA BAJA EN SODIO, EVITAR CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS, TABACO O SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. MEDIDAS PARA PREVENIR INFECCIONES RESPIRATORIAS: LAVADO FRECUENTE DE MANOS, USO DE TAPABOCAS SI PRESENTA SÍNTOMAS RESPIRATORIOS, CONSULTA OPORTUNA A LOS SERVICIOS DE SALUD. USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. PARTICIPACIÓN ACTIVA EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y CAPACITACIONES PROPIAS DEL SISTEMA DE MEDICINA LABORAL DE LA EMPRESA; RECOMENDACIONES A LA EMPRESA: SUMINISTRAR TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) NECESARIOS PARA DESARROLLO DEL CARGO, PERMITIR REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, EDUCACIÓN DE HIGIENE POSTURAL, CAPACITACIÓN SOBRE LOS RIESGOS DEL CARGO A DESEMPEÑAR, ACCIONES PARA PREVENIR ACCIDENTABILIDAD.
ANEXO OSTEOMUSCULAR	EVALUACION OSTEOMUSCULAR: ADECUADA MOVILIDAD ARTICULAR. NO LESIONES OSTEOMUSCULARES; FUERZA Y MOVILIDAD CONSERVADA. HALLAZGOS CLINICOS DENTRO DE PARAMETROS DE NORMALIDAD.

CONCEPTO LABORAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

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

BIOMECÁNICO - ERGONÓMICO		PPyP
VISUAL	-	SVE

Información de Remisiones

NO

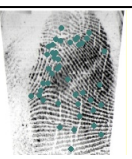
'En la fecha, Yo, mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que SI he recibido toda la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y paraclínicos que me van a ser practicados, incluidas las posibles complicaciones que puedan generarse, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.

De conformidad plena y teniendo en cuenta lo anteriormente expresado SI autorizo a INSSOMEDIC IPS SAS para realizarme los exámenes clínicos y paraclínicos 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 INSSOMEDIC IPS SAS para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos, para fines de apertura y registro de historia clínica y anexos pertinentes.
'

Dr. PEDRO A. LEGUIZAMÓN
Md. Cirujano
R.M. 25621
Esp. Salud Ocupacional y Riesgos Laborales

Médico Especialista en Salud Laboral
PEDRO ANDRES LEGUIZAMON QUIROGA
RM. 25621-2014 LIC SST 1000



Firma y cédula del Paciente
LIZETH DAYANNA AVILA MENDEZ
1074135934