CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



EXÁMENES PARA:
SALUD OCUPACIONAL
LABORATORIO CLÍNICO
LICENCIA DE CONDUCCIÓN

CRC PROFESIONALES DE LA SALUD VILLA MAYOR SAS
NIT: 900708180-2

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1033790934-18970

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	10/06/2020 - BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	INGRID LIZETH ANGULO ANGULO	**Identificación:**	1033790934
Género	FEMENINO **Edad:** 23	**Teléfono**	0 **Móvil:** 3228031282
Fecha Nacimiento:	05/08/1996	**Cargo:**	GESTOR
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**EPS:**	CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S.
Dirección	TRAS 2 # 49 B 27 SUR	**ARL:**	SURA
Escolaridad:	TÉCNICO	**AFP:**	PROTECCION S.A.
Empresa	PARTICULAR		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL — HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL.

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO

Observaciones: ESTE EXAMEN SE REALIZA EN CONDICIONES DE REPOSO. NO SE EVIDENCIA LIMITACION O RIESGO, PARA QUE EL TRABAJADOR MOVILICE CARGAS CON EL PESO ADECUADO PARA SU IMC Y SU CONDICION FISICA O PARA REALIZAR ACTIVIDADES QUE IMPLIQUEN POSTURAS FORZADAS SOSTENIDAS O MOVIMIENTOS REPETITIVOS PROLONGADOS. EVALUACION CON ENFASIS EN ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES. PACIENTE NIEGA SINTOMAS RELACIONADOS CON INFECCION POR COVID 19 Y NIEGA CUALQUIER RIESGO DE NOCION DE CONTAGIO RELACIONADA. AL EXAMEN FISICO NO PRESENTA SIGNOS CLINICOS DE INFECCION POR COVID 19. SIN APARENTE PRESENCIA DE FACTORES DE COMORBILIDAD ASOCIADOS.

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 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, 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 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 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 verídicas. Firmo para constancia.

JIM R. SÁNCHEZ B.
Médico Cirujano
R.M.79.762.200 - S.S.S
L.S.D. 26 04/01/2019

Ingrid Angulo

CRC PROFESIONALES DE LA SALUD VILLA MAYOR SAS
Nit. 900.708.180 - 2
Transv. 35 # 32B - 36 Sur
Tels. 713 86 36 - 567 43 05

JIM ROGER SANCHEZ BENAVIDEZ — 26 04/01/2019 79762200
Médico Especialista en Salud Laboral

INGRID LIZETH ANGULO ANGULO
Firma y cédula del Paciente