CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



CARVAJAL LABORATORIO IPS S.A.S
NIT: 900152996-7

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1049608150-133183

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	24 ene. 2024 - TUNJA	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	ANA MARIA CASTEBLANCO GOMEZ	**Identificación:**	1049608150
Género	FEMENINO **Edad:** 36	**Teléfono**	3012362683 **Móvil:**
Fecha Nacimiento:	27/06/1987	**Cargo:**	CONTRATISTA
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**EPS:**	SANITAS S.A.
Dirección	CRA 1 BIS N°48-48 ESTE	**ARL:**	SEGUROS BOLIVAR S.A.
Escolaridad:	ESPECIALIZACION	**AFP:**	PORVENIR S.A.
Empresa	PARTICULARES	**AREA: No Reporta**	
Empresa en Misión:	PARTICULARES -	**Peso: 64.7 Talla: 161 IMC: 24.96**	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	ENTRENAMIENTO EN EL ADECUADO USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL QUE LA EMPRESA LE SUMINISTRA PARA EL DESEMPEÑO DE SUS LABORES DE MANERA SEGURA, CAPACITAR EN LA PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS PROPIOS DE LA LABOR A REALIZAR, SEGUIR PAUTAS DE HIGIENE POSTURAL, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DE 5 MINUTOS POR LO MENOS CADA 2 HORAS, AUTORREGULADAS, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE.

CONCEPTO MEDICINA LABORAL

SIN LIMITACIONES O RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

NO

'CONSENTIMIENTO INFORMADO

Autorizo al(a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mi el exámen médico y/o paraclinico(s) ocupacional(es) registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del exámen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional (es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que realizaran el(los) examen(es). Fuí ¡nformado de las medidas que tomará CARVAJAL LABORATORIO IPS S.A.S para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son VERÍDICAS. Autorizo a CARVAJAL LABORATORIO IPS S.A.S para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.
CARVAJAL LABORATORIO IPS S.A.S se acoge a las disposiciones de la ley 1581 del 2012 y al derecho reglamentario 1377 del 2013 y se responsabiliza del tratamiento de protección de datos personales'

MARTHA PATRICIA SAENZ GARCIA
Médico Especialista en Salud Laboral
0631

ANA MARIA CASTEBLANCO GOMEZ 1049608150
Firma y cédula del Paciente