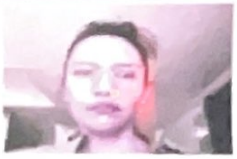
CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



MG SALUD INTEGRAL OCUPACIONAL SAS
NIT: 900532770-0

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1019097974-99722

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	09 nov. 2024 - BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	AURA ALEJANDRA MURCIA PEREZ	**Identificación:**	1019097974
Género	FEMENINO **Edad:** 30	**Teléfono**	**Móvil:** 3132051032
Fecha Nacimiento:	12/07/1994	**Cargo:**	APOYO PROFESIONAL
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	FAMISANAR
Dirección	CLL 77 B N 113 A - 5	**ARL:**	SURA
Escolaridad:	ESPECIALIZACION	**AFP:**	COLPENSIONES
Empresa	PARTICULAR	**AREA: No Reporta**	
Empresa en Misión:	PARTICULAR	**Peso: 54.6 Talla: 155 IMC: 22.73**	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL
ANEXO OSTEOMUSCULAR	PAUSAS ACTIVAS DE DESCANSO, EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO, FORTALECIMIENTO DE MUSCULATURA.

CONCEPTO MEDICINA LABORAL

APTO CON RECOMENDACION

Observaciones: RECOMENDACION GENERAL Y ESPECIFICA PARA LA LABOR CONTRATADA: USO DE LENTES PARA VER DE LEJOS.

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

En la fecha, yo, mayor de edad, identificado con el número de identificación como aparece al lado de mi firma , actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando de manera libre, voluntaria y consiente, sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que SI he recibido la información pertinente acerca de las modalidades de atención en las que puede ser realizado el examen médico ocupacional y que debido a las circunstancias actuales la "telemedicina – Asistida (Resolución 2654 de 2019, Decreto 538 de 12/04/20 Art 8) será la modalidad que me brindarán, sin descartar la posibilidad de otras, si así lo requiriera , además recibí información adecuada acerca de los exámenes clínicos y paraclínicos que me van a ser practicados (si aplican), 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 realizar el examen médico en la modalidad mencionada y que se me practiquen 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.

Johanna Silenia García

JOHANNA SILENIA GARCIA CUELLO
Médico Especialista en Salud Laboral
39577476 Res.919 24/01/ 2020

AURA ALEJANDRA MURCIA PEREZ 1019097974
Firma y cédula del Paciente