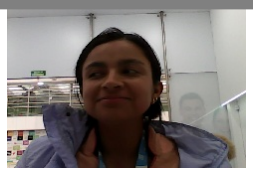
# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

ZONAMEDICA
Nit. 900170994-9



**ZONAMEDICA MR SAS - IPS**
NIT: 900170994

## EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

**Certificado de aptitud: 1074131667-791965**

**SEDE AMÉRICAS**

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha y Lugar:** | 22 nov. 2024 - BOGOTA D.C | **Tipo de Examen:** | INGRESO |
| **Paciente:** | YURY YOLANDA RINCON RINCON | **Identificación:** | 1074131667 |
| **Género** | FEMENINO **Edad:** 34 | **Teléfono** | **Móvil:** 3219325890 |
| **Fecha Nacimiento:** | 15/04/1990 | **Cargo:** | AUX DE ENFERMERIA |
| **Estado Civil:** | SOLTERO(A) | **EPS:** | FAMISANAR |
| **Dirección** | CR92AN51-70 SUR BOLQUE 1 CASA 14 | **ARL:** | SURA |
| **Escolaridad:** | TÉCNICO | **AFP:** | PROTECCION S.A. |
| **Empresa** | PARTICULARES | | |
| | | **AREA: No Reporta** | |
| **Misión/Contrato/ Centro de Costo:** | PARTICULARES | | |

## EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

| | |
|---|---|
| **EXAMEN OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR** | HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL., DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA. |

## CONCEPTO LABORAL

**APT0 PARA CARGO A DESEMPEÑAR**

Observaciones: //1. USO DE CORRECCIÓN VISUAL PERMAMENTE Y REALIZAR CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA // 2. MANTENER HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES //3 INFORMAR A LA EMPRESA CUALQUIER CAMBIO ANORMAL EN SU ESTADO DE SALUD EN GENERAL //4. CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE SEGURIDAD LABORAL DE LA EMPRESA PARA LAS TAREAS QUE VA A REALIZAR EN EL ÁREA ASIGNADA // 5. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS Y CONTROL MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICAMENTE // 6. PARTICIPAR DE LAS ACTIVIDADES DE PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCION DE LA ENFERMEDAD QUE SE REALICEN EN SU E.P.S // 7. CONTINUAR POR SU E.P.S. EL SEGIMIENTO DE LAS PATOLOGIAS DE BASE REFERIDAS EN LA PRESENTE VALORACIÑON // 8. TOMAR LOS MEDICAMENTOS PREESCRITOS POR MÉDICO TRATANTE A HORARIO Y DOSIS INDICADAS.

| Tipo de Restricción | Condiciones, Factores, Agentes Asociados | Permanente |
|---|---|---|
| NO | | |

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

NO

## Información de Remisiones

NO

'CONSENTIMIENTO
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 he recibido la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y para clínicos 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 ZONAMEDICA MR SAS, para realizarme los exámenes clínicos y para clínicos solicitado por mi empleador o entidad pertinente y 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.

LEY HABEAS DATA:
En cumplimiento de la ley estatutaria 1581 de octubre de 2012 , autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos.
'

'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 he recibido la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y para clínicos 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 ZONAMEDICA MR SAS, para realizarme los exámenes clínicos y para clínicos solicitado por mi empleador o entidad pertinente y 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.
LEY HABEAS DATA: En cumplimiento de la ley estatutaria 1581 de octubre de 2012, autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos
'

John Hansel Chacón R.
Médico Especialista En SST
Lic. No: 17159 y RM: 1030629915
U. El Bosque

Médico Especialista en Salud Laboral
JOHN HANSEL CHACON RINCON
RM 1030629915 LIC. 17159/2024



Firma y cédula del Paciente
YURY YOLANDA RINCON RINCON
1074131667