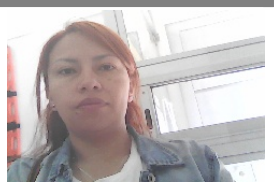
# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



**UNIMOS SALUD SAS**
NIT: 900615719-1
11001

**EXAMEN MEDICO ENFASIS OSTEOMUSCULAR**
**Certificado de aptitud: 1031140092-102757**

## INFORMACIÓN GENERAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha y Lugar:** | 10/04/2024 - BOGOTA D.C | **Tipo de Examen:** | INGRESO |
| **Paciente:** | JENNIFER JULIETH LOZANO MONTOYA | **Identificación:** | 1031140092 |
| **Género** | FEMENINO **Edad:** 32 | **Teléfono** | 8077258 **Móvil:** 3003269850 |
| **Fecha Nacimiento:** | 7/04/1992 | **Cargo:** | FISIOTERAPEUTA |
| **Estado Civil:** | SOLTERO(A) | **EPS:** | COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD |
| **Dirección** | DG 49 SUR NO 54B 08 | **ARL:** | SURA |
| **Escolaridad:** | UNIVERSITARIO | **AFP:** | PORVENIR S.A. |
| **Empresa** | PARTICULAR - | | |

## EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

| | |
|---|---|
| **VISIOMETRIA** | SE RECOMIENDA USAR CORRECCION OPTICA PARA DISMINUIR ESFUERZO VISUAL + FILTROS DE PROTECCION AL MEDIO AMBIENTE, REALIZAR PAUSAS VISUALES, CONTROL ANUAL |
| **MEDICINA OCUPACIONAL** | CAPACITAR EN HIGIENE POSTURAL,PAUSAS ACTIVAS, SEGURIDAD VIAL,USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGÚN LA EXPOSICION A RIESGO, AUTOREPORTE DE CONDICIONES INSEGURAS Y ACCIDENTALIDAD. FOMENTAR ESTILO DE VIDA SALUDABLE Y MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD. REALIZAR CAPACITACIONES DE ACUERDO AL CARGO, LAVADO FRECUENTE DE MANOS,.USO DE MEDIAS ANTIVARICE |
| **ENFASIS OSTEOMUSCULAR POR MEDICO** | NORMAL |

## CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

**INGRESO SATISFACTORIO CON RECOMENDACIONES .**

Observaciones:

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

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

| | |
|---|---|
| NUTRICIÓN | PPyP |

## Información de Remisiones

NUTRICION

Acepto las anteriores valoraciones médicas y paraclínicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera. No he ocultado ninguna información útil e importante para establecer con certeza mi estado de salud. Autorizo a UNIMOS SALUD a enviar este certificado a la empresa que lo solicito y hago constar que fui tratado ética y profesionalmente por todo el personal que me atendió en la instancia médica. Comprendo con claridad los conceptos y procedimientos efectuados. Expreso mi conformidad con su contenido y entiendo que la realización de los exámenes es voluntaria y puedo desistir de dicha realización en cualquier momento. Fui informado de la custodia y confidencialidad del manejo de la historia clínica (Resolución 2346 del 2007 art 16) y de la política de tratamiento de mis datos personales (ley estatutaria 1581 del 2012).

Dra. Deyanira Mosquera G.
Esp. Salud Ocupacional
C.C. 53.015.470

Jennifer Lozano

DEYANIRA MOSQUERA GOMEZ
Médico Especialista en Salud Laboral

JENNIFER JULIETH LOZANO MONTOYA 1031140092
Firma y cédula del Paciente

25-1527/2016
235959/2012