

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



UNIMOS SALUD SAS
NIT: 900615719-1
11001



EXAMEN MEDICO ENFASIS OSTEOMUSCULAR Certificado de aptitud: 52517201-110720

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	17 dic. 2024 - BOGOTA D.C	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	MARYORY JOHANNA MAYORAL CERQUERA	Identificación:	52517201
Género:	FEMENINO Edad: 44	Teléfono:	8158889 Móvil: 3155573028
Fecha Nacimiento:	2/12/1980	Cargo:	CONTRATISTA
Estado Civil:	CASADO(A)	EPS:	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección:	CLLE 58 A SUR NO 66 39	ARL:	SURA
Escolaridad:	UNIVERSITARIO	AFP:	COLPENSIONES
Empresa:	PARTICULAR		
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	PARTICULAR -		

AREA: No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

VISIOMETRIA	SE RECOMIENDA USAR CORRECCION OPTICA PERMANENTE, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES , CONTROL ANUAL
MEDICINA OCUPACIONAL	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 -USO DE GAFAS PARA LABORAR
ENFASIS OSTEOMUSCULAR POR MEDICO	SANO

CONCEPTO LABORAL

INGRESO SATISFACTORIO CON RECOMENDACIONES .

Observaciones:

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

OPTOMETRÍA

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).

Esp. Salud Ocupacional
C.C. 53.015.470

Médico Especialista en Salud Laboral
DEYANIRA MOSQUERA GOMEZ
25-1527/2016 235959/2012



Johanna Mayoral

Firma y cédula del Paciente
MARYORY JOHANNA MAYORAL CERQUERA
52517201