

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



MG SALUD INTEGRAL OCUPACIONAL SAS

NIT: 900532770-0



**EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL**  
Certificado de aptitud: 1233696672-86893

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

<b>Fecha y Lugar:</b>	25 oct. 2023 - BOGOTÁ D.C	<b>Tipo de Examen:</b>	INGRESO
<b>Paciente:</b>	LINA MARIA PIÑEROS PEÑATE	<b>Identificación:</b>	1233696672
<b>Género:</b>	FEMENINO <b>Edad:</b> 23	<b>Teléfono</b>	<b>Móvil:</b> 3058806567
<b>Fecha Nacimiento:</b>	18/12/1999	<b>Cargo:</b>	CONTRATISTA
<b>Estado Civil:</b>	SOLTERO(A)	<b>EPS:</b>	FAMISANAR
<b>Dirección</b>	CLLE 64 D N 104 - 38	<b>ARL:</b>	POSITIVA
<b>Escolaridad:</b>	UNIVERSITARIO	<b>AFP:</b>	COLPENSIONES
<b>Empresa</b>	PARTICULAR	<b>AREA:</b>	No Reporta
<b>Empresa en Misión:</b>	PARTICULAR	<b>Peso: 70 Talla: 164 IMC: 26.03</b>	

## EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

<b>MEDICINA OCUPACIONAL</b>	1.BAJAR DE PESO CON DIETA SALUDABLE Y EJERCICIO. 2.USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL
<b>ANEXO OSTEOMUSCULAR</b>	PAUSAS ACTIVAS DE DESCANSO EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO, FORTALECIMIENTO DE MUSCULATURA.

## CONCEPTO MEDICINA LABORAL

<b>APTO CON RECOMENDACION</b>
-------------------------------

Observaciones: CUIDADO NUTRICIONAL

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
---------------------	--	------------

NO

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

NUTRICIÓN

PPyP

## 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.

*Dra. Karen Yohana García*  
Gerente Salud Ocupacional  
Rm. 12860  
Especialista en Auditoría - Salud



*Lina Maria Piñeros Peñate*

KAREN YOHANA GARCIA PALACIOS

Médico Especialista en Salud Laboral

12860 Res. 22 07/01/2023

LINA MARIA PIÑEROS PEÑATE

1233696672

Firma y cédula del Paciente