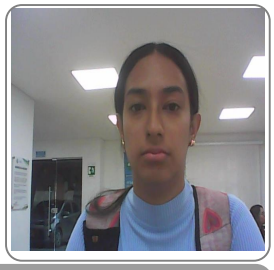
**SOLAB SAS**
*Nit. 900724151 - 6*
*Dirección: CR 3 A 24 113*
*Tel: (5) 4235858 - 4361949*

# INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

**Tipo certificación:** Ingreso ⊗ Periódico ○ Retiro ○ Post incapacidad ○ Caso ocupacional ○
Control ○ Reubicación ○ Ingreso al SVE ○ Trabajo en alturas ○



## DATOS DEL PACIENTE

Fecha **16/10/2024 09:39:00** Empresa **PARTICULAR**

Nombre **ADRIANA LUCIA MARIN CARRASCAL**

Cargo **CONTRATISTA** Doc. Identidad **CC 1083043474**

## SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

| | | |
|---|---|---|
| 1 EXAMEN FISICO OSTEOMUSCULAR | 2 | 3 |
| 4 | 5 | 6 |
| 7 | 8 | 9 |

| EXAMEN DE INGRESO | SI | NO |
|---|---|---|
| Sin restricciones para el cargo | ⊗ | ○ |
| Con restricciones para el cargo | ○ | ○ |
| Requiere recomendaciones especificas para el cargo | ○ | ○ |
| Aplazado | ○ | ○ |
| Apto para trabajar en alturas | ○ | ○ |
| Apto para trabajar en espacios confinados | ○ | ○ |
| Apto para manipulación de alimentos | ○ | ○ |
| Apto para conducir | ○ | ○ |

| EXAMEN PERIÓDICO | SI | NO |
|---|---|---|
| Sin restricciones para continuar desempeñando el cargo | ○ | ○ |
| Con restricciones para continuar desempeñando el cargo | ○ | ○ |
| Requiere recomendaciones especificas | ○ | ○ |
| Requiere reubicación laboral | ○ | ○ |
| Apto para trabajar en alturas | ○ | ○ |
| Apto para manipulación de alimentos | ○ | ○ |
| Apto para conducir | ○ | ○ |

| EXAMEN DE RETIRO | SI | NO |
|---|---|---|
| Enfermedad laboral | ○ | ○ |
| Secuelas de Accidentes de Trabajo | ○ | ○ |
| Enfermedad Común | ○ | ○ |

**PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA**

Visual ⊗ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

| REMISIÓN | SI ⊗ | NO ○ | ARL | SI ○ | NO ○ | EPS | SI ⊗ | NO ○ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, HABITOS SALUDABLES, USO DEL EPP PARA LA LABOR, DIETA Y EJERCICIO SUPERVISADO.

CONTROL ANUAL CON OPTOMETRIA EN SU EPS.

CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA PARA EVITAR EL CONTAGIO DE COVID 19

DR. PABLO BARRERA NOVOA
RM. 1082920628
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
LIC. OCUPACIONAL 1944

Trabajador: ADRIANA LUCIA MARIN CARRASCAL
CC: 1083043474
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad


Captura Biometrica

## RESTRICCIONES

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de los exámenes necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos del examen médico ocupacional y/o complementarios, a partir de la información recibida. Certifico que la información que he suministrado, es verdadera, completa y no he omitido información sobre mi estado de salud, acepto el manejo de confidencialidad que SOLAB S.A.S. dé a la misma, autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los sistemas de vigilancia epidemiológica de la empresa y la realización de estudios de investigación con fines científicos (Ley 1581 de 2012), suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo - SG-SST.

NOTA ACLARATORIA

*Este certificado no es válido para trámites de licencia de conducción

DR. PABLO BARRERA NOVOA
RM. 1082920628
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
LIC. OCUPACIONAL 1944

Trabajador: ADRIANA LUCIA MARIN CARRASCAL
CC: 1083043474
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad


Captura Biometrica