SALUD Y SEGURIDAD LTDA

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

No. 0020513

1. DATOS DE LA EMPRESA

NOMBRE:	PARTICULARES	NIT:	822005423
DIRECCION:		TELS:	
EMP. MISION:			



2. DATOS DEL EMPLEADO

NOMBRE:	SOLORZANO HERNANDEZ ANYI LORENA	IDENTIFIC:	1119892225
DIRECCION:	B. PRADOS DE SIBERIA KRA 16 ESTE 37 BIS 21	EDAD:	28 Año(s)
CARGO:	ADMINISTRADORA	SEXO:	FEMENINO
EXAMEN:	PRE-INGRESO	TEL(S):	3161210926

FECHA DE ATENCION: 19/06/2024

3. EXAMENES REALIZADOS

El concepto de aptitud se definió a partir de los siguientes examenes practicados:

PERFIL LIPIDICO - (TRIGLICERIOS, COLESTEROL TOTAL) | CONSULTA POR OPTOMETRIA | CONSULTA SALUD OCUPACIONAL

4. RECOMENDACIONES

HIGIENE POSTURAL | REALIZAR PAUSAS ACTIVAS | USO DE E.P.P.

SEGUN EXPOSICION DE RIESGO INCLUIR EN SVE | SVE RIESGO BIOMECANICO

5. CONCEPTO OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

6. OBSERVACIONES

EL EXAMEN MEDICO FUE REALIZADO CON ENSAFIS OSTEOMUSCULAR

Autorizo a la IPS SALUD Y SEGURIDAD LTDA, a realizar en mí el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El (la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las recomendaciones, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de los examenes.

Entiendo que la realización de esta(as) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) está(n) completa(s) y es(son) verídica(s). Autorizo a la IPS SALUD Y SEGURIDAD LTDA para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Dr. WILSON JOSE CONTRERAS PINTO

MD ESP. S.O. - MAGISTER S.O. Y AMBIENTAL - UNIV. ROSARIO, NAL, UNILLANOS Y

TARJETA PROFESIONAL # 14253/88

SOLORZANO HERNANDEZ ANYI LORENA

PACIENTE

CALLE 33A # 38-79 TELEFONOS: 3138355038, , FAX:
VILLAVICENCIO - META