DR. CARLOS E. MORENO R. – MEDICINA PREVENTIVA Y DEL
TRABAJO – MEDICINA LABORAL – SALUD OCUPACIONAL
Carrera 10 No. 134 – 07 Consultorio 212 Tel: 3006240013 www.facebook.com/cemconsultoriasas

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

(DE ACUERDO A LA RESOLUCION 2346 DE 2007)



FECHA DEL EXAMEN: DIA 19 **MES** 05 **AÑO** 2025

1. IDENTIFICACION DE LA EMPRESA

RAZON SOCIAL EMPLEADOR O CONTRATANTE: PRIVADO
ACTIVIDAD ECONÓMICA: EDUCACION
SITIO DE TRABAJO: SUBA

2. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

NOMBRES Y APELLIDOS. ANGIE GIZETH FIERRO SUNZ
IDENTIFICACION: 1024587395 **FECHA DE NACIMIENTO:** 27 01 98
GENERO F **EDAD**: 27
CARGO A DESEMPEÑAR/ACTUAL: SERVICIOS GENERALES

3. TIPO DE EXAMEN

1.INGRESO__X_ 2. PERIODICO__ 3. EGRESO__4. RETORNO AL TRABAJO _
5. CAMBIO DE LABOR _____ 6. PERICIAL_____ 7. VIAJE AL EXTERIOR _____ 8. OTROS___

EXAMENES REALIZADOS: MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEO MUSCULAR.

4. CONCEPTO DE APTITUD

INGRESO: APTO_X_ RECOMENDACIONES __ APTO CON RESTRICCION QUE NO INTERVIENE EN CARGO NUEVA VALORACION
PERIODICO: NORMAL____REMISION A EPS_____RESTRICCIÓN ESPECIAL____
RETIRO: NORMAL__REMISION A EPS____

5. APTITUD ESPECIFICA PARA TAREAS

SE CERTIFICA QUE AL MOMENTO DE LA EVALUACIÒN NO PRESENTA SIGNOS NI SÍNTOMAS COMPATIBLES CON INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA. IGUALMENTE SE CERTIFICA QUE NO PRESENTE ANTECEDENTE DE PATOLOGIA DE ALTO RIESGO EN COMORBILIDAD CON COVID-19, APTA PARA MANIPULAR ALIMENTOS, IGUALMENTE SE CERTIFICA QUE NIEGA NEXO EPIDEMIOLÓGICO RECIENTE CON COVID-19.

6. RECOMENDACIONES.

CONTROL PERIODICO SALUD OCUPACIONAL. SE RECOMIENDA BAJAR DE PESO.

CONSENTIMIENTO: Declaro que he dado mi consentimiento al médico y que he sido informado de los beneficios, riesgos y resultados de los exámenes solicitados. Declaro que la información que suministré en este examen es completa y verdadera y autorizo al médico para que, en caso necesario, informe a la empresa sobre mi estado de salud. Así mismo me comprometo a seguir las recomendaciones. En constancia de todo lo anterior firmo

ANGIE GIZETH FIERRO S.

DR CARLOS EDUARDO MORENO ROMERO
CC Y RM 79324442
MEDICO ESPECIALISTA SO. LIC SO 16388/2022

FIRMA DEL PACIENTE