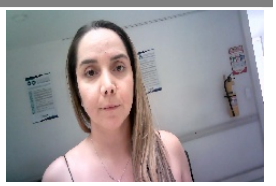
CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



CENTRO ESPECIALISTA MEDICINA SALUD OCUPACIONAL S A S
NIT: 900738322-1

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1107050596-181610

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	16/09/2025 - CALI	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	STEPHANIE BUSTAMANTE VICTORIA	**Identificación:**	1107050596
Género	FEMENINO **Edad:** 37	**Teléfono**	**Móvil:** 3185605924
Fecha Nacimiento:	20/09/1988	**Cargo:**	NO ESPECIFICADO
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**EPS:**	COMFENALCO VALLE EPS
Dirección	CRA 37BIS #1A-49 B/ SANTA ISABEL	**AFP:**	COLPENSIONES
Escolaridad:	ESPECIALIZACION	**ARL:**	SURA ARL
Empresa	PARTICULAR -	**Antigüedad en el Cargo:**	0 meses
Dirección			
Actividad Económica:			

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS REALIZAR ESTIRAMIENTO DE TODOS LOS GRUPOS MUSCULARES. HIGIENE POSTURAL Y COLUMNA. HABITOS DE ALIMENTACION Y VIDA SALUDABLE. DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS, ALIMENTOS MUY PROCESADOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA. SE APLICO ENCUESTA COVID SIN ALTERACIONES.
ANEXO OSTEOMUSCULAR	REAIZADO

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Recomendaciones: MANTENER HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES. ACTIVIDAD FISICA REGULAR. REALIZAR ESTIRAMIENTO DE TODOS LOS GRUPOS MUSCULARES EN LAS PAUSAS ACTIVAS. MANTENER UNA ADECUADA HIGIENE POSTURAL.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

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

NO

Información de Remisiones

NO

En la fecha, yo, mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna í-ndole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que SI he recibido toda la información pertinente acerca de los exámenes clí-nicos y paraclí-nicos que me van a ser practicados, 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 realizarme los exámenes clí-nicos y paraclí-nicos 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. Las respuestas dadas por mi están completas y son verí-dicas. Firmo para constancia.

Dr. Lucas Conrado Escorcia.
Médico Esp. SST
RM. No. 8110
LSST. 004858 de 27mayo 2022.

LUCAS ENRIQUE CONRADO ESCORCIA	004858 de 27/05/2022 -	STEPHANIE BUSTAMANTE VICTORIA	1107050596
Médico Especialista en Salud Laboral		Firma y cédula del Paciente	