

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



UNIMOS SALUD SAS

NIT: 900615719-1
11001

EXAMEN MEDICO ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Certificado de aptitud: 1065612683-94299



INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	6/09/2023 - BOGOTA D.C	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	MILEIDA MARGARITA ACOSTA SALAS	Identificación:	1065612683
Género:	FEMENINO Edad: 33	Teléfono:	3006506152 Móvil: 3006506152
Fecha Nacimiento:	1/11/1989	Cargo:	INGENIERA AMBIENTAL
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	EPS:	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
Dirección:	DG 47 NO 52A 09	ARL:	SURA
Escolaridad:	UNIVERSITARIO	AFP:	PORVENIR S.A.
Empresa:	PARTICULAR -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

VISIOMETRIA

NO REQUIERE USAR CORRECCION OPTICA, SE RECOMIENDA USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, CONTROL ANUAL

MEDICINA OCUPACIONAL

CAPACITAR EN HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, SEGURIDAD VIAL, USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGÚN LA EXPOSICION A RIESGO, AUTOREPORTE DE CONDICIONES INSEGURAS Y ACCIDENTALIDAD. FOMENTAR ESTILO DE VIDA SALUDABLE Y MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD. PACIENTE SIN CRITERIOS MEDICOS PARA COVID-19. REALIZAR CAPACITACIONES DE ACUERDO AL CARGO, USO PERMANENTE DE TAPABOCAS, LAVADO FRECUENTE DE MANOS, DISTANCIAMIENTO SOCIAL, PACIENTE EN PERIODO DE LACTANCIA MATERNA

ENFASIS OSTEOMUSCULAR POR MEDICO

NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

INGRESO SATISFACTORIO.

Observaciones:

Tipo de Restricción

Condiciones, Factores, Agentes Asociados

Permanente

NO

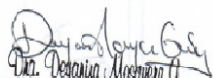
Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

NO

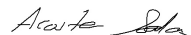
Información de Remisiones

NO

Acepto las anteriores valoraciones médicas y paraclínicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera. No he ocultado ninguna información útil e importante para establecer con certeza mi estado de salud. Autorizo a UNIMOS SALUD a enviar este certificado a la empresa que lo solicito y hago constar que fui tratado ético y profesionalmente por todo el personal que me atendió en la instancia médica. Comprendo con claridad los conceptos y procedimientos efectuados. Expreso mi conformidad con su contenido y entiendo que la realización de los exámenes es voluntaria y puedo desistir de dicha realización en cualquier momento. Fui informado de la custodia y confidencialidad del manejo de la historia clínica (Resolución 2346 del 2007 art 16) y de la política de tratamiento de mis datos personales (ley estatutaria 1581 del 2012).


Esp. Salud Ocupacional
C.C. 53.015.470





DEYANIRA MOSQUERA GOMEZ
Médico Especialista en Salud Laboral

25-1527/2016
235959/2012

MILEIDA MARGARITA ACOSTA SALAS

1065612683

Firma y cédula del Paciente