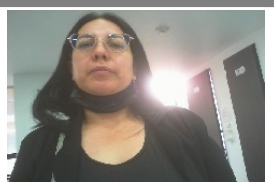
CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



ENTORNO & COMPAÑÍA
La IPS de las Buenas Empresas

ENTORNO & COMPAÑIA LTDA
NIT: 830034865-1

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 52243584-88253

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	5/08/2022 - BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	PERIODICO
Paciente:	LINA MARIA MARIN MORA	**Identificación:**	52243584
Género	FEMENINO **Edad:** 43	**Teléfono**	NO REFIERE **Móvil:** 3012859590
Fecha Nacimiento:	22/10/1978	**Cargo:**	COORDINADOR DE PROYECTOS
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**EPS:**	FAMISANAR
Dirección	CRA 44 A 59 A 52 SUR	**ARL:**	COLMENA RIESGOS PROFESIONALES S.A.
Escolaridad:	ESPECIALIZACION	**AFP:**	SKANDIA
Empresa	PARTICULAR -	**RH O+**	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA, VALORACIÓN POR NUTRICION EN EPS.

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

PUEDE CONTINUAR LABORANDO EN EL MISMO OFICIO

Observaciones: EVALUACIóN OCUPACIONAL PARA SOLIUN SAS. SE RECUERDAN LAS MEDIDAS PREVENTIVAS FRENTE AL COVID: USO DE TAPABOCAS EN LUGARES CON AGLOMERCIóN DE PERSONAS, LAVADO FRECUENTE DE MANOS Y AIREAR ADECUADAMENTE LOS LUGARES EN LOS CUALES DEBA PERMANECER

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

'De conformidad con la Ley 1581 de 2012, “Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales “ y las demás normas concordantes, a través de las cuales se establecen disposiciones generales en materia de hábeas data y se regula el tratamiento de la información que contenga datos personales, Autorizo de manera libre, voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a ENTORNO Y COMPAÑÍA LTDA, para que en los términos legalmente establecidos realice la recolección, almacenamiento, uso y en general, el tratamiento de los datos personales que he procedido a entregar o que entregaré, en virtud de los exámenes médicos laborales y complementarios que me realizaré, en concordancia con la Resolución 1995 de 1999 y Resolución 2346 de 2007.
Al firmar este documento en pleno uso de mis facultades mentales y sin limitaciones o impedimentos de carácter médico o legal, autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. Se me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Otorgo mi consentimiento de forma libre y sin coerción y autorizo a la IPS ENTORNO Y COMPAÑÍA LTDA, a la realización de las evaluaciones solicitadas en la atención por mi empleador o entidad remitente. Autorizo a la IPS ENTORNO Y COMPAÑÍA y al doctor (a) firmante, para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.'

LUIS FERNANDO RINCON C.
Médico Cirujano
Esp. Salud Ocupacional

LUIS FERNANDO RINCON CORREA

10638/2021 19481605

Médico Especialista en Salud Laboral

LINA MARIA MARIN MORA 52243584

Firma y cédula del Paciente