Certificado Médico Ocupacional



EMPRESA

PARTICULAR

NO. CERTIFICADO	2.051.903	**FECHA**	14/11/2025 3:56 p.m.	**CIUDAD**	BOGOTÁ - MEDICINA LABORAL S.A.S.
PENSIONES	PORVENIR	**ARL**	NO REFIERE		
EPS	COMPENSAR			**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO
NOMBRES Y APELLIDOS	VASQUEZ SANCHEZ ANGELICA YESENIA			**NO. DOCUMENTO**	CC. 52.447.743
TIPO DE CARGO	OTRO			**CARGO U OFICIO**	CONTRATISTA
EDAD	45	**SEXO**	F	**TELÉFONO**	3165027077	**CORREO**	anyesa24@gmail.com

ACTIVIDAD ECONOMICA: SIN ACTIVIDAD ECONÓMICA ASIGNADA

EXÁMENES REALIZADOS

ENFASIS OSTEOMUSCULAR - EXAMEN MEDICO DE INGRESO

CONCEPTO DE APTITUD	OTROS CONCEPTOS
Apto sin restricciones para el cargo	NA

RECOMENDACIONES GENERALES

REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA (30 MINS AL MENOS 3 VECES POR SEMANA)DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS, GRASAS Y AZÚCARESLABORAR CON USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA, CONTROL ANUAL CON OPTOMETRIA EN SU EPS

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA - CONTINUAR REALIZANDO EXÁMENES MÉDICOS PERIÓDICOS

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA 150 MINUTOS A LA SEMANA DE ACUERDO A INDICACIÓN MEDICA Y TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD

SE RETROALIMENTA AL PACIENTE SOBRE HALLAZGOS DE LA CONSULTA, EL PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

AUTORIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

Yo, VASQUEZ SANCHEZ ANGELICA YESENIA, identificado(a) con el documento de identidad CC No. 52.447.743, en mi calidad de titular de los datos personales, manifiesto que he sido informado(a) y entiendo que el tratamiento de mis datos personales por parte de MEDICINA LABORAL S.A.S., sus aliados y/o terceros autorizados, se realizará conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013, y las normas que las reglamenten o modifiquen. En virtud de lo anterior, autorizo de manera libre, previa, expresa e informada a MEDICINA LABORAL S.A.S., sus aliados y/o terceros autorizados para recolectar, almacenar, usar, circular y suprimir mis datos personales, incluyendo datos sensibles como información biométrica y datos relacionados con mi salud, con las siguientes finalidades: 1. Brindar una atención óptima, eficiente y personalizada en la prestación de servicios de salud ocupacional y medicina laboral. 2. Cumplir con las obligaciones legales y contractuales relacionadas con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST). 3. Implementar los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de las empresas con las cuales se tiene una relación contractual. 4. Realizar estudios de investigación con fines científicos, garantizando el anonimato de los datos personales cuando corresponda. 5. Cumplir con los requerimientos de las autoridades competentes en el marco de la normatividad vigente.

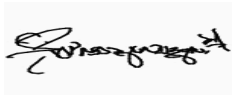
Derechos del titular: De acuerdo con el artículo 8 de la Ley 1581 de 2012, como titular de los datos personales, tengo derecho a: 1. Conocer, actualizar, rectificar, revocar, solicitar supresión de mis datos personales. 2. Solicitar prueba de la autorización otorgada. 3. Presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio si considero que se han vulnerado mis derechos.

La Política de Tratamiento de Datos Personales de MEDICINA LABORAL S.A.S. está disponible en <https://medilaboral.com/documentacion/> donde se especifican los mecanismos y canales para ejercer mis derechos como titular de los datos personales.

Declaro que la información suministrada es veraz, completa y correcta, y manifiesto mi autorización para el tratamiento de mis datos personales conforme a los términos aquí establecidos.

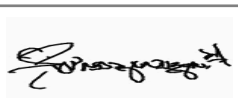
En constancia, firmo:

Aspirante o trabajador



CC. 52.447.743

Aspirante o trabajador



CC. 52.447.743

Profesional



DR.DIAZ LOPEZ CHARLES DARWIN RM.1013609058 LIC.6226 DEL 16/07/2029