
	<b>CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL</b>	
--	--	--

Fecha y lugar: 10 de Octubre 2024			
Nombre: Leticia Mendez Fernandez			
Identificación: 1121708605	Edad: 37 años	Genero: Femenino	Grupo sanguíneo: Rh: O+
Dirección: Barrio Cero Blanca		Empresa: D.C.B.F.	
Teléfono: 3222407085		Profesión/cargo: Asesora	

**CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL DE:**  
**INGRESO (✓) PERIODICO ( ) EGRESO ( ) ALTURA ( ) REINTEGRO ( )**  
**MANUPULACION DE ALIMENTO ( ) OTRO ( ) CUAL: \_\_\_\_\_**  
**EXAMENES PARA MEDICOS REALIZADOS \_\_\_\_\_**

**CONCEPTO DE APTITUD:**

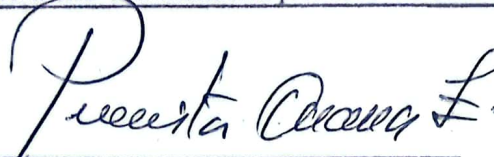
APTO PARA SIN RESTRICCIONES.....( ✓ )		
APTO CON RESTRICCIONES.....( )		
APLAZADO.....( )		
NO APTO.....( )		
RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES: SI ( ) NO ( ✓ )		
Remisión a su EPS: [ ]	Uso de EPP según el riesgo [ ]	Dejar de fumar [ ]
Remisión a su ARL: [ ]	Higiene postural [ ]	Reducir consumo de alcohol: [ ]
Seguimiento SVE: [ ]	Pausas activas [ ]	Control de peso: [ ]
Seguir manejo medico: [ ]	Evitar manipular cargas: [ ]	Ejercicio físico: [ ]
Valoración nutricional: [ ]	Ayudas de movilidad [ ]	Optometría: [ ]

**CONSIDERACIONES OCUPACIONALES ESPECIALES DECRETO 1374 DE 2020 POR COVID 19:**

Según lineamientos del Ministerio de Salud y de acuerdo a la valoración médica realizada el usuario **NO PRESENTA** comorbilidades o condiciones que le ponen en riesgo de hacer complicaciones en caso de infección por COVID 19, de acuerdo a lo establecido en el Anexo Técnico del Decreto 1374 de 2020 y la Circular 30 de 2020, en su numeral 4."

**Consentimiento informado**

Autorizo al profesional abajo mencionado a que se me realice de manera voluntaria el examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización.



**TERESITA ARANA ZUÑIGA**  
Médico salud ocupacional




**TRABAJADOR**

cc: 1121708605

Teléfono: 320 494 2186

Señor trabajador, a partir de la fecha usted cuenta con 30 días para seguir y realizar las indicaciones del especialista en seguridad y salud en el trabajo registrada en este documento. Declaración del aspirante: manifiesto con mi firma o huella que no omito datos relevantes de mis antecedentes que pudieran influir sobre la evaluación de mi estado de salud. Dando cumplimiento a la normatividad vigente resolución 2346 del 2007 y 1918 del 2009.

  
Dra. Teresita Arana Zuñiga  
ESPECIALISTA EN  
SALUD OCUPACIONAL  
Lic. No. 10371