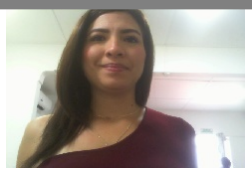
# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



**MEDIKCORP SAS**
NIT: 900789848-1

**EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL**
**Certificado de aptitud: 1140820461-48411**

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha y Lugar:** | 13 ene. 2025 - BARRANQUILLA | **Tipo de Examen:** | INGRESO |
| **Paciente:** | MARCELA CAROLINA ARBOLEDA CASAS | **Identificación:** | 1140820461 |
| **Género** | FEMENINO **Edad:** 35 | **Teléfono** | **Móvil:** 3046538515 |
| **Fecha Nacimiento:** | 18/03/1989 | **Cargo:** | CONTRATISTA |
| **Estado Civil:** | CASADO(A) | **EPS:** | SURA |
| **Dirección** | CLL 81A N 75 -23 PARAISO | **ARL:** | COLMENA RIESGOS PROFESIONALES S.A. |
| **Escolaridad:** | ESPECIALIZACION | **AFP:** | COLPENSIONES |
| **Empresa** | PARTICULAR | | |
| | | **AREA: ADMINISTRATIVA** | |
| **Misión/Contrato/ Centro de Costo:** | PARTICULAR- CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL ATLANTICO | | |

## EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

| | |
|---|---|
| **OPTOMETRIA** | DEFICIT EN VISION DE LEJOS EN AMBOS OJOS; NO CORREGIDA; SE LE RECOMIENDA USO DE RX VISUAL NO PERMANENTE- CONTROL VISUAL ANUAL |
| **EVALUACION MEDICA OSTEOMUSCULAR CON ENFASIS APTITUD DEPORTIVA** | USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL |
| **GLICEMIA** | REALIZADO |
| **PERFIL LIPIDICO** | REALIZADO |
| **HEMOGRAMA COMPLETO AUTOMATIZADO** | REALIZADO |
| **ELECTROCARDIOGRAMA** | REALIZADO |

## CONCEPTO LABORAL

**APTO PARA EL CARGO**

Observaciones: ENFASIS APTITUD DEPORTIVA SATISFACTORIO.

| 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

'CONSENTIMIENTO INFORMADO

Autorizo la realización del examen médico ocupacional y paraclínicos registrado en este documento; de igual forma declaro que se me ha informado en forma clara y sencilla de la naturaleza y propósito de dichos exámenes, así como los riesgo y complicaciones que podrían presentarse después de la toma de muestra si me aplica. Certifico que la información brindada por mí en la historia clínica ocupacional es veraz y completa.

En virtud de lo anterior y entendido el contenido del presente consentimiento informado, así como, habiendo recibido la información solicitada, firmo y autorizo el uso de mi huella dactilar como mecanismo de verificación de identidad y como mecanismo de firma electrónica en este documento.
'

Médico Especialista en Salud Laboral
RUTH MARIA ACOSTA IBAÑEZ
2978 -



Firma y cédula del Paciente
MARCELA CAROLINA ARBOLEDA CASAS
1140820461