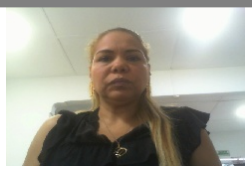
CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



MEDIKCORP SAS
NIT: 900789848-1

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 32891875-48473

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	16 ene. 2025 - BARRANQUILLA	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	NOHORA PAOLA MANOTAS VELEZ	**Identificación:**	32891875
Género	FEMENINO **Edad:** 46	**Teléfono**	**Móvil:** 3114230560
Fecha Nacimiento:	22/05/1978	**Cargo:**	CONTRATISTA
Estado Civil:	CASADO(A)	**EPS:**	SURA
Dirección	CRA 53 #135 -49 CASA 31 VILLA CAMPESTRE	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	UNIVERSITARIO	**AFP:**	NO REPORTA
Empresa	PARTICULAR		
		AREA: OPERATIVA	
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL ATLANTICO		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

OPTOMETRIA	DEFICIT EN VISION DE LEJOS Y CERCA EN AMBOS OJOS; DEBE ACTUALIZAR SUS LENTES; 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, DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA.
PERFIL LIPIDICO	REALIZADO
HEMOGRAMA COMPLETO AUTOMATIZADO	REALIZADO
GLICEMIA	REALIZADO
ELECTROCARDIOGRAMA	REALIZADO

CONCEPTO LABORAL

APTO PARA EL CARGO

Observaciones: ENFASIS APTITUD DEPORTIVA SATISFACTORIO. CORRECCION VISUAL INDICADA POR OPTOMETRA.

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.
'

Ruth Acosta

Médico Especialista en Salud Laboral
RUTH MARIA ACOSTA IBAÑEZ
2978 -

Nohora Manotas



Firma y cédula del Paciente
NOHORA PAOLA MANOTAS VELEZ
32891875