	UNIDAD MEDICA CENTRAL IPS - VILLETA		
	CERTIFICADO MEDICO		
	Código:130MEPF07-01	Versión:01	Pagina 1 de 1

Fecha:	08/01/2025 11:25:06a.m.	**Ciudad:**	VILLETA	CUNDINAMARCA
Administradora:	ATENCION A PARTICULARES	**Convenio:**	PARTICULARES	**Fecha de nacimiento:**
Nombre del Trabajor:	ANA MILENA RIOS GALLEGO	**Documento N°:**	CC 65814303	07/08/1979

Comentarios: EVALUACION OCUPACIONAL REALIZADA: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR.

EMPRESA MISIÓN: PARTICULARES

CARGO U OFICIO: ADMINISTRATIVA

HACEMOS CONSTAR QUE HEMOS REALIZADO EXAMEN MEDICO A LA TRABAJADORA Y QUE DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN 1918 DE 2009* LA CUSTODIA DE LA HISTORIA CLÍNICA SERÁ RESPONSABILIDAD DE NUESTRA INSTITUCIÓN Y ESTARÁ DISPONIBLE PARA LOS FINES LEGALES PERTINENTES.

EXAMENES REALIZADOS: EXAMEN MEDICO DE SALUD OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR.

RECOMENDACIONES A LA EMPRESA: SUMINISTRAR TODOS LOS EPP NECESARIOS PARA EL CARGO* PERMITIR REALIZAR PAUSAS ACTIVAS* EDUCACIÓN EN HIGIENE POSTURAL* EDUCACIÓN DE RIESGOS DEL CARGO A DESEMPEÑAR* PREVENCIÓN DE ACCIDENTALIDAD* VALIDAR Y ACTUALIZAR VACUNACION DE TOXOIDE TETÁNICO. RECOMENDACIONES A LA TRABAJADORA: USO ADECUADO DE LOS EPP* REALIZAR PAUSAS ACTIVAS 2 VECES POR JORNADA* DIETA BALANCEADA* ESTILO DE VIDA SALUDABLE* EJERCICIO REGULAR. RECOMENDACIONES PARA PREVENIR ENFERMEDADES RESPIRATORIAS COMO: LAVADO FRECUENTE DE MANOS* DISTANCIAMIENTO SOCIAL A 2 METROS* USO CONTINUO DE TAPABOCAS* SEGUIR PROTOCOLO RESPIRATORIO AL TOSER O ESTORNUDAR* EN CASO DE SINTOMAS RESPIRATORIOS O FIEBRE REALIZAR AISLAMIENTO EN CASA INFORMANDO AL JEFE INMEDIATO.

INCLUIR EN SVE: 0

REMISION A EPS: NO - REMISION A ARL: NO

TIPO DE RESTRICCION O CAUSA DE APLAZAMIENTO: NINGUNA

CONCEPTO DE APTITUD:

CUMPLE CON EL PERFIL O LOS REQUISITOS PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Declaración del trabajador: Certifico que las respuestas dadas por mi en el examen medico son veridicas y permitieron la elaboracion del presente certificado medico otorgue mi consentimiento libre e informado para la realización de las evaluaciones medicas y pruebas por solicitud de la empresa arriba mencionada y me comprometo a seguir las recomendaciones dadas por el profesional. Recibí copia del concepto médico ocupacion de acuerdo a las evaluaciones medicas realizadas, estoy informando que la UNIDAD MEDICA CENTRAL IPS tendrá en custodia mi historia clinica ocupacional de acuerdo a lo [illegible] Resolucion 1918 de 2009. Autorizo a la UNIDAD MEDICA CENTRAL IPS para suministrarle la información requerida para el buen [illegible] programa de vigilancia epidemiológica de medicina del trabajo consignada en el concepto médico y en el diagnostico de salud (Articulo [illegible]

Dra. Patricia Roa B.
[illegible]

DR. PATRICIA DEL CARMEN ROA BATISTA
CC 22810849
Especialidad. SALUD OCUPACIONAL
Registro. 22810849

Ana Milena Rios Gallego

ANA MILENA RIOS GALLEGO
CC 65814303

Huella

Escaneado con CamScanner