# Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo



| EMPRESA | EMPRESA EN MISIÓN |
|---|---|
| PARTICULAR | PARTICULAR |

**ACTIVIDAD ECONOMICA:** OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN DE LA SALUD HUMANA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **NO. CERTIFICADO** | 1.218.152 | | | | |
| **CIUDAD** | CALI - PREVENIR - EL CEDRO | | | | |
| **FECHA** | 30/05/2023 | **TIPO DE EXAMEN** | PRE-INGRESO | | |
| **NO. DOCUMENTO** | CC. 67.028.424 | **EDAD** | 37 | **GENERO** | F |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | NAVIA OCAMPO LINDA JOHANNA | | | | |
| **TIPO DE CARGO** | ADMINISTRATIVO | **CARGO U OFICIO** | ADMINISTRATIVO | | |

**EXÁMENES REALIZADOS**

ENFASIS OSTEOMUSCULAR - EXAMEN MEDICO DE INGRESO

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

**RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA**

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA - SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN - SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE P Y P EN BUENOS HÁBITOS DE VIDA RIESGO CARDIOVASCULAR

**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 DA CONSEJERÍA PARA DISMINUCIÓN DE PESO CON MEJORÍA EN HÁBITOS DE VIDA Y SEGUIMIENTO POR MEDICO Y NUTRICIONISTA - SE INDICA VALORACIÓN MEDICA - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS - SEGUIMIENTO MEDICO EN EPS PARA CONDICION CARDIOVASCULAR Y METABOLICA, PROGRAMA DE RCV.

**Consentimiento informado del aspirante o trabajador**

Yo NAVIA OCAMPO LINDA JOHANNA identificado con CC No. 67.028.424. Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos del exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que Medicina Laboral S.A.S. dé a la misma, autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiologica de las empresas y la realización de estudios de investigación con fines científicos. (Ley 1581 de 2012). Suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST).

Profesional



MARIO GERMAN TATIS

Aspirante o trabajador



CC. 67.028.424