

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



ZONAMEDICA MR SAS - IPS  
NIT: 900170994



**EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL**  
Certificado de aptitud: 1136884640-833335

**SEDE AUTOPISTA NORTE**

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

<b>Fecha y Lugar:</b>	04 mar. 2025 - BOGOTA D.C	<b>Tipo de Examen:</b>	PRE-INGRESO
<b>Paciente:</b>	LEADY VIVIANA MATA LLANA QUIROGA	<b>Identificación:</b>	1136884640
<b>Género:</b>	FEMENINO <b>Edad:</b> 32	<b>Teléfono:</b>	<b>Móvil:</b> 3502624037
<b>Fecha Nacimiento:</b>	16/07/1992	<b>Cargo:</b>	CONTRATISTA
<b>Estado Civil:</b>	CASADO(A)	<b>EPS:</b>	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
<b>Dirección:</b>	CALLE 121 # 50 - 16	<b>ARL:</b>	POSITIVA
<b>Escolaridad:</b>	MAESTRIA	<b>AFP:</b>	PORVENIR S.A.
<b>Empresa:</b>	PARTICULARES		
<b>Misión/Contrato/ Centro de Costo:</b>	PARTICULARES -	<b>AREA:</b>	No Reporta

## EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

**EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL** HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL.

## CONCEPTO LABORAL

**APT0 PARA CARGO A DESEMPEÑAR**

Observaciones:

### Tipo de Restricción

### Condiciones, Factores, Agentes Asociados

### Permanente

NO

## Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

## Información de Remisiones

NO

### \*CONSENTIMIENTO

En la Fecha, Yo, mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que he recibido la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y para clínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.

De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para realizarme los exámenes clínicos y para clínicos solicitado por mi empleador o entidad pertinente y que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador, o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda.

### LEY HABEAS DATA:

En cumplimiento de la ley estatutaria 1581 de octubre de 2012, autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos.

"Yo, mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que he recibido la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y para clínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.

De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para realizarme los exámenes clínicos y para clínicos solicitado por mi empleador o entidad pertinente y que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador, o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda.

LEY HABEAS DATA: En cumplimiento de la ley estatutaria 1581 de octubre de 2012, autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos



Médico Especialista en Salud Laboral  
GERMAN OSWALDO CAPERA ROJAS  
R.M 79781491 Lic 251127/2019



Firma y cédula del Paciente  
LEADY VIVIANA MATA LLANA QUIROGA  
1136884640

