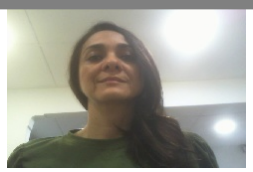
CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



MEDIKCORP SAS
NIT: 900789848-1

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Tipo de Examen: INGRESO
Certificado de aptitud: 32787747-58721

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA.

Empresa: PARTICULAR
Actividad Económica:

Empresa en Misión/ Contrato/ Centro de Costo: PARTICULAR

INFORMACIÓN DEL PACIENTE.

Fecha y Lugar:	27 ene. 2026 - BARRANQUILLA - ATLANTICO	**Identificación:**	32787747
Paciente:	MARGARITA MARIA LAVADO JIMENEZ	**Teléfono**	**Móvil:** 3005553101
Género	FEMENINO **Edad:** 50	**EPS:**	SANITAS S.A.
Fecha Nacimiento:	25/12/1975	**ARL:**	SURA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**AFP:**	PROTECCION S.A.
Escolaridad:	ESPECIALIZACION	**Cargo:**	CONTRATISTA

Área: ADMINISTRATIVA
Correo Electrónico: margaritalavado@gmail.com

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS - RECOMENDACIONES.

OPTOMETRIA	DEFICIT EN VISION DE LEJOS Y CERCA EN AMBOS OJOS; CORREGIDA ADECUADAMENTE ; CONTROL VISUAL ANUAL
EVALUACION MEDICA OSTEOMUSCULAR CON ENFASIS APTITUD DEPORTIVA	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, DIETA BAJA EN GRASAS ANIMALES, COMER CARNES SIN PIEL Y EVITAR ALIMENTOS FRITOS.VALORACION POR NUTRICION.
HEMOGRAMA IV	REALIZADO
GLICEMIA	REALIZADO
PERFIL LIPIDICO	REALIZADO
ELECTROCARDIOGRAMA	REALIZADO

CONCEPTO LABORAL

APTO CON RECOMENDACION

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

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

NO

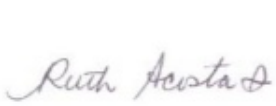
Información de Remisiones

NUTRICION	CONSEJERIA NUTRICIONAL, PARA CONTROL DE COLESTEROL (ELEVADO LEVE)

'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.
'







MEDICO ESPECIALISTA S.O.
RUTH MARIA ACOSTA IBAÑEZ
CÉDULA DE CIUDADANÍA : 32733221
1313 - 2978

Firma y cédula del Paciente
MARGARITA MARIA LAVADO JIMENEZ
32787747