CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



ESTRATEGO IPS SAS
NIT 900981496-2

OSTEOMUSCULAR
Certificado de aptitud: 1070948962-241234

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	09 ene. 2026 - FACATATIVA - CUNDINAMARCA	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	EDNA ROCIO MORALES LOPEZ	**Identificación:**	1070948962
Género	FEMENINO **Edad:** 38	**Teléfono**	**Móvil:** 3214139338
Fecha Nacimiento:	7/01/1988	**Cargo:**	INDEPENDIENTE
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección	CONJUNTO RESIDENCIAL ASALEAS	**ARL:**	POSITIVA
Escolaridad:	TÉCNICO	**AFP:**	PORVENIR S.A.
Empresa	PARTICULAR	**Área:**	**No Reporta**
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	A QUIEN CORRESPONDA		

CONCEPTO LABORAL

CON PATOLOGIA QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL

Observaciones:

RECOMENDACIONES EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL USO DE LENTES DE CORRECCION VISUAL PERMANENTE, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES. DIETA RICA EN FIBRA VEGETAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, PRACTICAR EJERCICIOS 3 VECES POR SEMANA. IMC 26.90. CONTROL POR OPTOMERIA POR EPS.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

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

OSTEOMUSCULAR	ACONDICIONAMIENTO FISICO SEGUN REQUERIMIENTOS DEL CARGO. ADECUACION ERGONOMICA DE PUESTO DE TRABAJO SEGUN DISPOSICION DE LA EMPRESA. CAPACITACION PARA MANEJO DE CARGAS SEGUN CRITERIO DEL CARGO	PPyP

Información de Remisiones

OPTOMETRÍA

Yo en calidad de paciente previamente informado (a) de forma libre y voluntaria acepto y doy MI CONSENTIMIENTO para que el personal médico de ESTRATEGO IPS S.A.S , me realice el examen médico ocupacional y para que mis datos sean empleados para fines estrictamente citados en materia de salud ocupacional mediante la recolección, recaudo, almacenamiento, uso, circulación, procesamiento, actualización y disposición de los datos suministrados e incorporados en las bases de datos de ESTRATEGO IPS S.A.S.. Además, certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de los mismos es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Yadira Johanna Téllez Palacio
Médico
Especialista en SST
RM 1018466522 Uc 24869

MEDICO ESPECIALISTA S.O.
YADIRA JOHANNA TELLEZ PALACIO
CÉDULA DE CIUDADANÍA : 1018466522
. - RES24869 29/04/2025

Firma y cédula del Paciente
EDNA ROCIO MORALES LOPEZ
1070948962

Powered by CamScanner