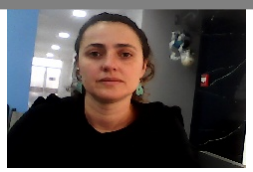
CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



CARVAJAL LABORATORIO IPS S.A.S
NIT: 900152996-7

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 21628005-159396

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	10 ene. 2025 - TUNJA-BOYACA	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	JULIANA CAMPUZANO BOTERO	**Identificación:**	21628005
Género	FEMENINO **Edad:** 41	**Teléfono**	3044868326 **Móvil:**
Fecha Nacimiento:	5/12/1983	**Cargo:**	CONTRATISTA
Estado Civil:	CASADO(A)	**EPS:**	SUSALUD - COMPAÑIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD S.A
Dirección	VEREDA PORAVITA PARCELACION EL OASIS	**ARL:**	POSITIVA
Escolaridad:	MAESTRIA	**AFP:**	COLPENSIONES
Empresa	PARTICULARES	**Peso: 62 Talla: 159 IMC: 24.52**	
		AREA: No Reporta	
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	PARTICULARES		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO DE CORRECCION OPTICA.

CONCEPTO LABORAL

APTO PARA LA LABOR

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

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

VISUAL	-	PPyP

Información de Remisiones

NO

'CONSENTIMIENTO INFORMADO

Autorizo al(a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mi el exámen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es) registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del exámen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional (es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que realizaran el(los) examen(es). Fuí ¡nformado de las medidas que tomará CARVAJAL LABORATORIO IPS S.A.S para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son VERÍDICAS. Autorizo a CARVAJAL LABORATORIO IPS S.A.S para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.
CARVAJAL LABORATORIO IPS S.A.S se acoge a las disposiciones de la ley 1581 del 2012 y al derecho reglamentario 1377 del 2013 y se responsabiliza del tratamiento de protección de datos personales'

América González Galindo
MÉDICO ESPECIALISTA
EN SALUD OCUPACIONAL
R.M. 0357-03 LIC. 147-22

Médico Especialista en Salud Laboral
AMERICA GONZALEZ GALINDO
0357 /2003 1267/2010

Firma y cédula del Paciente
JULIANA CAMPUZANO BOTERO
21628005