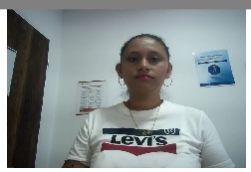
CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



BIO QUALITY SALUD S.A.S
NIT: 900218015-2

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 1093222509-37918

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	20 may. 2025 - PEREIRA	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	ANGELICA PATRICIA GONZALEZ ARANGO	**Identificación:**	1093222509
Género	FEMENINO **Edad:** 32	**Teléfono**	**Móvil:** 3123005609
Fecha Nacimiento:	7/04/1993	**Cargo:**	MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	Asmet Salud EPS SAS
Dirección	CARERRA 8 CALLE 6 CASA 16	**ARL:**	AXA COLPATRIA ARL
Escolaridad:	SECUNDARIA	**AFP:**	PORVENIR S.A.
Empresa	PRODUCTOS FRESCOS DEL CAMPO SAS - FRESCAMPO		
		AREA: No Reporta	
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	PRODUCTOS FRESCOS DEL CAMPO SAS - FRESCAMPO		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	PAUSAS ACTIVAS EN EL PUESTO DE TRABAJO. HIGIENE POSTURAL. HÁBITOS SALUDABLES. EJERCICIO REGULAR. EDUCACION NUTRICIONAL. CAPACITACIÓN EN MANEJO ADECUADO DE CARGAS
COPROLÓGICO	REALIZADO
FROTIS FARÍNGEO SIN CULTIVO (COLORACIÓN DE GRAM)	REALIZADO
KOH - FROTIS UÑAS	REALIZADO

CONCEPTO LABORAL

APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES
APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS

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 la IPS, 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 la IPS, para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos.
'

Dr. Carlos Arturo Vargas Molina
M.D. Especialista en Salud Ocupacional
LPSSO. 0719 - 10 RM. 850 MD.
C.C. 10.118.677 Pereira

Médico Especialista en Salud Laboral
CARLOS ARTURO VARGAS MOLINA
LPSSO0719-10 850MD

Angelica González

Firma y cédula del Paciente
ANGELICA PATRICIA GONZALEZ ARANGO
1093222509