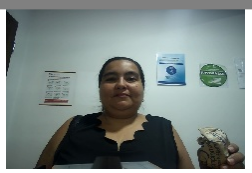
CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



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

Certificado de aptitud: 42151643-47648

MANIPULADOR DE ALIMENTOS

Tipo de Examen: PREINGRESO

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA.

Empresa: PRODUCTOS FRESCOS DEL CAMPO SAS - FRESCAMPO
Actividad Económica:

Empresa en Misión/ Contrato/ Centro de Costo: PRODUCTOS FRESCOS DEL CAMPO SAS - FRESCAMPO

INFORMACIÓN DEL PACIENTE.

Fecha y Lugar:	05 feb. 2026 - PEREIRA - RISARALDA	**Identificación:**	42151643
Paciente:	DIANA MARIA CASTRILLON CARDONA	**Teléfono**	**Móvil:** 3012916406
Género	FEMENINO **Edad:** 43	**EPS:**	Asmet Salud EPS SAS
Fecha Nacimiento:	21/01/1983	**ARL:**	AXA COLPATRIA ARL
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**AFP:**	NO REPORTA
Escolaridad:	SECUNDARIA	**Cargo:**	MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Área: No Reporta			
Correo Electrónico:			

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS - RECOMENDACIONES.

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 Y OBJETOS
COPROLÓGICO	REALIZADO
FROTIS FARÍNGEO SIN CULTIVO (COLORACIÓN DE GRAM)	REALIZADO
KOH - FROTIS UÑAS	REALIZADO

CONCEPTO LABORAL

PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO SIN RESTRICCIONES

Observaciones: PENDIENTE QUE PRESENTE MUESTRA PARA EL CONCEPTO DE MANIPULACION DE ALIMENTOS

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
LP. SSO. 0719 - 10 RM. 850 MD.
C.C. 10.118.677 Pereira

DIRECTOR CIENTIFICO
CARLOS ARTURO VARGAS MOLINA
CÉDULA DE CIUDADANÍA : 10118677
850MD - LPSSO0719-10

Firma y cédula del Paciente
DIANA MARIA CASTRILLON CARDONA
42151643