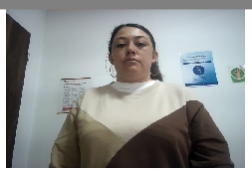
CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



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

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 1093216015-38080

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	22 may. 2025 - PEREIRA	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	LEIDY JOHANNA RUBIANO YEPES	**Identificación:**	1093216015
Género	FEMENINO **Edad:** 36	**Teléfono**	**Móvil:** 3147958337
Fecha Nacimiento:	10/06/1988	**Cargo:**	MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**EPS:**	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
Dirección	CARRERA 4 N 2-119 SAN MARTIN CORREGIMIENTO DE	**ARL:**	AXA COLPATRIA ARL
Escolaridad:	SECUNDARIA	**AFP:**	PROTECCION 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	CAPACITACIÓN EN MANEJO ADECUADO DE CARGAS. EDUCACION NUTRICIONAL. EJERCICIO REGULAR. HIGIENE POSTURAL. PAUSAS ACTIVAS EN EL PUESTO DE TRABAJO. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL
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

LEIDY RUBIANO

Firma y cédula del Paciente
LEIDY JOHANNA RUBIANO YEPES
1093216015