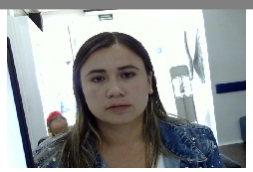
CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



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

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1052314215-159914

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	16 ene. 2025 - DUITAMA-BOYACA	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	ANGELICA VIVIANA BOADA NIÑO	**Identificación:**	1052314215
Género	FEMENINO **Edad:** 29	**Teléfono**	**Móvil:** 3103044149
Fecha Nacimiento:	2/06/1995	**Cargo:**	ENFERMERA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
Dirección	CALLE 8 2 31	**ARL:**	POSITIVA
Escolaridad:	ESPECIALIZACION	**AFP:**	PORVENIR S.A.
Empresa	PARTICULARES	**Peso: 62.3 Talla: 155 IMC: 25.93**	
		AREA: No Reporta	
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	PARTICULARES -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	CONDICION OSTEOMUSCULAR NORMAL. RECOMENDACIONES GENERALES: USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HIGIENE POSTURAL. PAUSAS ACTIVAS. ACTIVIDAD FISICA REGULARMENTE.

CONCEPTO LABORAL

APTO PARA LA LABOR

Observaciones:

RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: USO CORRECTO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGUN LA ACTIVIDAD, HIGIENE POSTURAL, REALIZACIÓN DE PAUSAS ACTIVAS IDEAL DE 5 MINUTOS CADA 2 HORAS EN SU PUESTO DE TRABAJO. INFORMAR CAMBIOS EN SUS CONDICIONES DE SALUD A EMPLEADOR CUANDO SEA NECESARIO

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

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

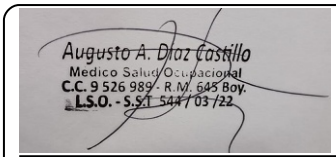
NO

Información de Remisiones

NO

'CONSENTIMIENTO 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'



Médico Especialista en Salud Laboral
AUGUSTO ARMANDO DIAZ CASTILLO
843/06/09 544/03/22

Angelica Boada

Firma y cédula del Paciente
ANGELICA VIVIANA BOADA NIÑO
1052314215