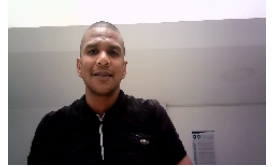


CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



CENTRO ESPECIALISTA MEDICINA SALUD OCUPACIONAL S A S
NIT: 900738322-1



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL Certificado de aptitud: 1144134278-165917

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	15/10/2024 - CALI	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	CARLOS ANDRES CORTES MORENO	Identificación:	1144134278
Género:	MASCULINO Edad: 34	Teléfono:	315 7370640 Móvil: 3157370640
Fecha Nacimiento:	31/01/1990	Cargo:	CONTADOR PUBLICO
Estado Civil:	SOLTERO(A)	EPS:	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S.
Dirección:	TRANSVERSAL 19C #18E-133 TORRES 33 APARTAMENTO 304	AFP:	COLPENSIONES
Escolaridad:	UNIVERSITARIO	ARL:	POSITIVA
Empresa:	CARLOS ANDRES CORTES MORENO	Antigüedad en el Cargo:	0 meses
Dirección:	TRANSVERSAL 19C #18E-133 TORRES 33 APARTAMENTO 304		
Actividad Económica:			

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS REALIZAR ESTIRAMIENTO DE TODOS LOS GRUPOS MUSCULARES. HIGIENE POSTURAL Y COLUMNA. HABITOS DE ALIMENTACION Y VIDA SALUDABLE. DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS, ALIMENTOS MUY PROCESADOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA. SE APLICO ENCUESTA COVID SIN ALTERACIONES.

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Recomendaciones: MANTENER HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES. ACTIVIDAD FISICA REGULAR. REALIZAR ESTIRAMIENTO DE TODOS LOS GRUPOS MUSCULARES EN LAS PAUSAS ACTIVAS. MANTENER UNA ADECUADA HIGIENE POSTURAL.

Tipo de Restricción

Condiciones, Factores, Agentes Asociados

Permanente

NO

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

NO

Información de Remisiones

NO

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 SI he recibido toda la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y paraclínicos 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 paraclínicos solicitados por mi empleador o entidad remitente, para realizar la toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales y a 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. En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 del 17 de octubre de 2012, autorizo a la IPS para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos. Las respuestas dadas por mí están completas y son verídicas. Firmo para constancia.




Dr. Lucas Conrado Escorcía.
Médico Esp. SST
RM. No. 8110
LSST. 004858 de 27 mayo 2022.

LUCAS ENRIQUE CONRADO ESCORCIA
Médico Especialista en Salud Laboral

004858 de 27/05/2022 -

CARLOS ANDRES CORTES MORENO
Firma y cédula del Paciente

1144134278