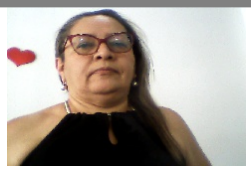
CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



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

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 42094515-41850

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	08 sept. 2025 - PEREIRA	**Tipo de Examen:**	PREINGRESO
Paciente:	NANCY JULIETH PATIÑO	**Identificación:**	42094515
Género	FEMENINO **Edad:** 55	**Teléfono**	**Móvil:** 3146828382
Fecha Nacimiento:	6/02/1970	**Cargo:**	CONTRATISTA
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**EPS:**	SURA
Dirección	MZ A CASA 8 ALAMEDA CUBA	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	PROFESIONAL	**AFP:**	COLPENSIONES
Empresa	PARTICULAR		
		AREA: No Reporta	
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	PARTICULAR		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

EXAMEN MEDICO LABORAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PARA TRABAJAR. PAUSAS ACTIVAS EN EL PUESTO DE TRABAJO CON ENFASIS EN MANOS AL MENOS UNA VEZ EN CADA JORNADA. HIGIENE POSTURAL. HÁBITOS SALUDABLES. EJERCICIO REGULAR. EDUCACION NUTRICIONAL

CONCEPTO LABORAL

PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO SIN RESTRICCIONES

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

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

ERGONOMICO, CASO	INGRESO A PROGRAMA DE VIGILANCIA ERGONOMICO DE MIEMBROS SUPERIORES DEL SGSST	SVE

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

Firma y cédula del Paciente
NANCY JULIETH PATIÑO
42094515