

NIT. 800033723

CALLE 70 N 48 -56 3857980

CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL - No CUENTA: 1251164

EMPRESA: CLIENTE PARTICULAR

TIPO CERTIFICACION				
1. PREINGRESO [X]	2. PERIÓDICO PROGRAMADA []	3. RETIRO []	4. CONTROL []	5. POST INCAPACIDAD []
6. REUBICACIÓN []	7. CASO OCUPACIONAL []	8. TRAB. EN ALTURAS []	9. ESPACIOS CONFINADOS []	10. MANIPULACION DE ALIMENTOS []

DATOS DEL PACIENTE				
FECHA: 22/07/2025	EMPRESA: PARTICULARES SO			
NOMBRE: MAIRA ALEJANDRA GUTIERREZ SALINA			DOC. IDENTIDAD: CC 1083033345	
CARGO: FACTURACION			EDAD: 27 AÑOS	
ESTADO CIVIL: SOLTERO(A)		FECHA DE NACIMIENTO: 1998-03-22		EPS: OTRA NO ESPECIFICADA
DIRECCIÓN:			TELÉFONO: 3015677603	
PESO: 42 Kg	TALLA: 160 Cm	P.ABDOMINAL: 0 Cm		IMC: 16.41



SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLINICOS		
1) EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO		

EXAMEN DE PREINGRESO		
CONCEPTO	SI	NO
1. EXISTEN RESTRICCIONES PARA LA OCUPACION	[]	[X]

CONCEPTOS GENERALES		
---------------------	--	--

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA						
1. VISUAL []	2. AUDITIVO []	3. RESPIRATORIO []	4. CARDIOVASCULAR []	5. PSICOSOCIAL []	6. ERGONOMICO []	7. OTROS []

REMISIONES	SI [X]	NO []	ARL	SI []	NO [X]	EPS	SI [X]	NO []
------------	----------	--------	-----	--------	----------	-----	----------	--------

RECOMENDACIONES Y/O CONDICIONES A ADOPTAR PARA QUE EL TRABAJADOR PUEDA DESEMPEÑAR LA LABOR	
1. SE RECOMIENDA ESTILO DE VIDA Y TRABAJO SALUDABLE. 2. DIETA SANA , ACTIVIDAD FISICA REGULAR COMO EJERCICIOS O ACTIVIDADES FISICAS AEROBICAS DE FORMA REGULAR ENTRE 150 A 300 MINUTOS POR SEMANA (OMS), PARA INCREMENTAR LA HABILIDAD DE UTILIZAR OXIGENO PARA EL RENDIMIENTO EN EL TRABAJO Y PARA MANTENER UN PESO ADECUADO A SU TALLA (IMC) 3. IMPLEMENTACION DE MEDIDAS ERGONOMICAS.PARA PREVENSION DE DESORDENES MUSCULOESQUELETICOS 4. HIGIENE POSTURAL. 5. CAPACITACION EN TECNICAS DE MANIPULACION DE CARGAS. (PARA TRABAJADORES EXPUESTOS) 6. CARDIOVASCULAR.- NORMAL 7. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ACORDES CON LA EXPOSICION A FACTORES DE RIESGO LABORAL. 9. SEGUN CIRCULAR EXTERNA 30 DE 2020 NO PRESENTA PREEEXISTENCIAS DIAGNOSTICADA SUCEPTIBLES DE AGRAVAR POR COVID-19 10. IMPLEMENTAR POLITICA DE AUTOREPORTE 11.PUEDE REALIZAR SUS FUNCIONES LABORALES SIN RESTRICCION 12.- OSTEOMUSCULAR NORMAL IMC 16.40 BAJO PESO NUTRICIONISTA E.P..S	

CONSENTIMIENTO INFORMADO	
CERTIFICO Y MANIFIESTO QUE HE SIDO INFORMADO(A) SOBRE LO CONCERNIENTE AL PROPÓSITO Y BENEFICIO DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL Y/O EXÁMENES COMPLEMENTARIOS QUE SE ME VAN A REALIZAR, COMPRENDO QUE EL OBJETIVO DE LOS MISMOS ES IDENTIFICAR CONDICIONES DE SALUD Y REALIZAR DIAGNÓSTICOS PRESUNTIVOS DE ENFERMEDAD LABORAL ASÍ COMO LOS BENEFICIOS Y SU IMPORTANCIA PARA EL DESARROLLO, EJECUCIÓN Y CUMPLIMIENTO DEL SUBSISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA AL IGUAL QUE SUS RIESGOS, MOTIVO POR EL CUAL AUTORIZO EN FORMA LIBRE, ESPONTÁNEA Y VOLUNTARIA MI CONSENTIMIENTO PARA SU REALIZACIÓN DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO CON LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE. PARA LA CUSTODIA Y ENTREGA DE LOS RESULTADOS, FACULTO Y DELEGÓ AL PROFESIONAL EN MEDICINA ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS SAS, Y/O MEDICINA LABORAL DE LA EMPRESA, QUIEN TENDRÁ A SU CARGO DICHOS DOCUMENTOS SIENDO EL RESPONSABLE DE GARANTIZAR SU CONFIDENCIALIDAD. PODRÁN ENTREGAR COPIA DE MI HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL FOLIADA, PREVIA AUTORIZACIÓN DE MI PARTE O CUANDO MEDIE MANDATO JUDICIAL, A SOLICITUD DE LAS ENTIDADES DE LA SEGURIDAD SOCIAL, EN CONCORDANCIA CON LAS RESOLUCIONES NO. 2346 DE 2007 Y 1918 DE 2009 Y DECRETO 1072 DE 2015. TODA INFORMACIÓN DE SALUD GOZARÁ DE LA CONFIDENCIALIDAD ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE (DECRETO 3380 DE 1981, RESOLUCIÓN 2463 DE 2009 Y LOS QUE LOS MODIFIQUEN) Y SÓLO SERÁ USADA PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD Y TRABAJO. DE IGUAL MANERA, DOY MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA QUE SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS SAS, RECOLECTA Y DE CUALQUIER MANERA TRATE MIS DATOS PERSONALES PARA FINALIDADES DE COMUNICACIÓN EFECTIVA, CALIDAD DE SERVICIO, MANEJO DE DATOS CLÍNICOS Y OTRAS QUE APLIQUEN SEGÚN LA NORMATIVIDAD VIGENTE. DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE SUMINISTRO ES VERDICA Y NO OMITIR NINGÚN ANTECEDENTE, DE ACUERDO A LO QUE ME OBLIGA EL ARTÍCULO 22 DEL DECRETO 1295 DE 1994.	

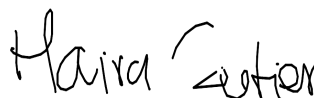
TIPO CERTIFICACION				
1. PREINGRESO [X]	2. PERIÓDICO PROGRAMADA []	3. RETIRO []	4. CONTROL []	5. POST INCAPACIDAD []
6. REUBICACIÓN []	7. CASO OCUPACIONAL []	8. TRAB. EN ALTURAS []	9. ESPACIOS CONFINADOS []	10. MANIPULACION DE ALIMENTOS []

DATOS DEL PACIENTE			
FECHA: 22/07/2025	EMPRESA: PARTICULARES SO		
NOMBRE: MAIRA ALEJANDRA GUTIERREZ SALINA		DOC. IDENTIDAD: CC 1083033345	
CARGO: FACTURACION		EDAD: 27 AÑOS	
ESTADO CIVIL: SOLTERO(A)	FECHA DE NACIMIENTO: 1998-03-22	EPS: OTRA NO ESPECIFICADA	
DIRECCIÓN:		TELÉFONO: 3015677603	
PESO: 42 Kg	TALLA: 160 Cm	P.ABDOMINAL: 0 Cm	IMC: 16.41

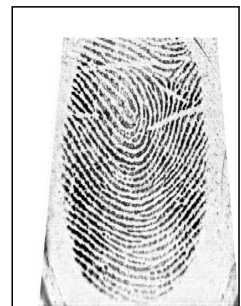



Dr. Eduardo A. Marino Garcia
MEDICO URGENCIAS
ESP. SALUD OCUPACIONAL
R.M. 1591 - L.S.O. 2024

EDUARDO ANTONIO MARINO GARCIA
CC 7473338
MEDICO OCUPACIONAL
TP. 1591
RS. 2024



MAIRA ALEJANDRA GUTIERREZ SALINA
CC 1083033345
DECLARO QUE TODOS LOS DATOS REGISTRADOS
CORRESPONDEN A LA VERDAD



CAPTURA BIOMETRICA