**FECHA:** 05 DE DICIEMBRE DE 2019

SEÑORES:
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.
Bogotá D.C.

**CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO LABORAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR**

**EXAMEN MÉDICO:** INGRESO: [X] PERIODICO: [ ]

Me permito certificar que: **HINCAPIE MORENO MONICA ELIZABETH,** EDAD 43 AÑOS

Identificado con cédula de ciudadanía N°:**52366958**

**CARGO: FACTURADORA**

Una vez practicado el EXAMEN MÉDICO LABORAL, se encuentra:

| | |
|---|---|
| **APTO SIN RESTRICIONES** | |
| **APTO CON RESTRICCIONES** | |
| **NO APTO** | |

**VISIOMETRÍA**: AGUDEZA VISUAL LEJANA Y CERCANA AMBOS OJOS: 20/20 SIN CORRECCIÓN.

**RECOMENDACIONES: BAJAR DE PESO.**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Control periódico por EPS | X | Control Periódico Ocupacional | X | Dieta |
| | Remisión EPS | X | Higiene Postural | X | Ejercicio regular 3 veces a la semana |
| | Continuar Manejo Médico | X | Utilización EPP | | Dejar hábito de fumar |
| | Seguimiento caso ARL | X | Pausas Activas Médicas | | Reducir consumo de alcohol |

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR:**

Eh autorizado al doctor abajo mencionado, a realizar en mí el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional (es) registrado (s) en este documento. Conforme quedo registrado en la historia clínica ocupacional. El doctor abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico (s) ocupacional (es). He comprendido y he entendido la oportunidad de analizar el objetivo, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional (es) resultar de la asesoría brindada antes de las pruebas. He sido informado de las medidas que tomaran LA UNIDAD MÉDICA OCUPACIONAL DEL SUR JM para proteger la confidencialidad de mis resultados recibidos del concepto médico ocupacional. Manifiesto ante firma bajo la gravedad de juramento que todas respuestas dadas por mí en este examen (es) médico (s) son completas y verídicas. Autorizo a LA UNIBAD MÉDICA OCUPACIONAL DEL SUR JM, para que suministre a las personas o a las personas contempladas para el buen cumplimiento del sistema en seguridad y salud en el trabajo

| | | |
|---|---|---|
| **MEDICO ESPECIALISTA S.S.T**<br>**JAVIER EDUARDO MORENO RAMOS**<br>**FIRMA Y SELLO** | **ASPIRANTE O TRABAJADOR**<br>**HINCAPIE MORENO MÓNICA ELIZABETH,**<br>**CC 52366958** | **HUELLA** |

JAVIER EDUARDO MORENO RAMOS
MEDICO ESPECIALISTA
MEDICINA OCUPACIONAL
REGISTRO MEDICO 4612470 - 1244