CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL



Fecha de Examen:	30 DE JULIO DE 2026	TELEFONO: 6045432619
Tipo de Examen:	INGRESO	CRA 30 # 30-63, CARMEN DE VIBORAL, ANT
Empresa:	EMPRESA DE DESARROLLO URBANO Y RURAL MARINILLA	

NOMBRE DEL TRABAJADOR	ILDA MARYORY TOBON GOMEZ			PROFESIÓN	CONTADURIA PUBLICA
DOCUMENTO	43.715.288			DIRECCIÓN	CRA 28 N 35 - 23
LUGAR DE NACIMIENTO	RIONEGRO			TELEFONO	3116030840
F. NACIMIENTO	17/12/1980	SEXO:	FEMENINO	MUNICIPIO	EL CARMEN DE VIBORAL
EDAD	45	RH:	O+	E.P.S	SURA
ESTADO CIVIL	CASADA			A.F.P	NO DATOS
N. HIJOS:	1	ESCOLARIDAD	UNIVERSITARIA	A.R.L	NO DATOS
CARGO QUE DESEMPEÑA	CONTADORA PUBLICA				
FECHA DE INGRESO		ANTIGÜEDAD		MISIÓN EN:	

RESULTADOS DE EXAMENES

Visiometria	NA
Audiometria	NA
Espirometria	NA
Laboratorios	NO REALIZADOS
Laboratorios	NO REALIZADOS
Prueba Psicologica	Normal durante la evaluación medica

CONCEPTO MEDICO

De acuerdo al examen realizado a la ocupacion de		se considera que es **APTO** para desempeñar sin ninguna RESTRICCION	
De acuerdo al examen realizado a **CONTADORA PUBLICA** con las siguientes RECOMENDACIONES:	**ILDA MARYORY TOBON GOMEZ**	se considera que es **APTO** para desempeñar el cargo	**X**

SE RECOMIENDA CONTINUAR CON USO DE LENTES

S.V.E Visual_____ Auditivo_____ Ergonónico___X___Psicosocial_____Cardiovasc_____ R.biológico_____Quimico____Voz_____

RECOMENDACIONES - OBSERVACIONES Y RESTRICCIONES

Completar al esquema de vacunación acorde a los factores de riesgo presentes en la empresa. Hábitos saludables: dieta adecuada y ejercicio físico 150 minutos a la semana de una duración no menor a 30 minutos por sesión. Reportar las condiciones de trabajo que pueden ser generadoras de accidentes laborales.
Utilizar adecuadamente los elementos de protección personal
Capacitación en Higiene postural, levantamiento y transporte de cargas. Pausas activas
Cumplir a cabalidad con las normas del reglamento de higiene y seguridad industrial en la empresa
Reportar todo incidente y/o accidente de trabajo que ocurra

CONSECUTIVO INFORMADO: Previamente a este examen he sido informado por la empresa y el médico examinador de las exigencias de Ley para su relación, por consiguiente certifico he autorizado para que se me efectué, incluyendo los exámenes de laboratorio y ayudas paraclínicas que estén establecidas para el cargo dentro del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa, igualmente autorizo para que su contenido sirva para los diferentes sistemas de vigilancia epidemiológica que estén eslablecidos (Resoluci6n2346/07).El examinado autoriza para que a través del médico de la empresa, conozca el certificado médico de ingreso ocupacional e igualmente la exposición anterior a riesgos ocupacionales.

EXAMINADO:Bajo la gravedad de juramento afirmo que he contestado todas las preguntas realizadas sin omitir informaciónsobre mi historia de salud. He recibido todas las recomendaciones y/o restricciones sobre mi puesto de trabajo para que pueda cumplir la labor que se me ha asignado,dispuesto en la resolución 2346 de 2007

Marta Isabel Pérez
C.C. 43.983.181
RM S - 2020 - 09

MARTA ISABEL PÉREZ G.
Medica Especialista EnSalud Ocupacional, Gerencia y Control de Riesgos.
COD. D.S.S.A 0514816347 Licencia
S.O: 093584(Ren:2023060087901)

FIRMA Y CEDULA : 43715288