MÉDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
JHON DAVID VILLAMIL GUERRA
CÉDULA DE CIUDADANÍA : 19562911

Firma y cédula del Paciente
NAIRIM LUCERITO GARZON JARAMILLO
1233512269

Powered by CamScanner

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

ZONAMEDICA
Nit. 900170994-9

ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1233512269-941658

SEDE AMÉRICAS

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA.

Empresa: PARTICULARES
Actividad Económica:

Empresa en Misión/ Contrato/ Centro de Costo:

INFORMACIÓN DEL PACIENTE.

Fecha y Lugar:	22 sept. 2025 - BOGOTA D.C - BOGOTA, DISTRITO CAPITAL	**Tipo de Examen:**	PRE-INGRESO
Paciente:	NAIRIM LUCERITO GARZON JARAMILLO	**Identificación:**	1233512269
Género	FEMENINO **Edad:** 25	**Teléfono**	no reporta **Móvil:** 3214492299
Fecha Nacimiento:	25/11/1999	**EPS:**	EPS SURA
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	TÉCNICO	**AFP:**	COLPENSIONES
Dirección	TRANSVERSAL 12 # 42 - 31 SUR	**Cargo:**	AUXILIAR DE ENFERMERIA
		AREA: No Reporta	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS - RECOMENDACIONES.

OPTOMETRÍA	SU CAPACIDAD VISUAL DE LEJOS Y CERCA ES ADECUADA PARA LA OCUPACIÓN CON EL USO PERMANENTE DE LA CORRECCIÓN ÓPTICA ACTUAL. CONTROL ANUAL.
EXAMEN OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL.

CONCEPTO LABORAL

APTO PARA CARGO A DESEMPEÑAR

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

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

NO

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 ZONAMEDICA MR SAS, 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. Autorizo a médicos de la institución el acceso a historia clínica.

LEY HABEAS DATA:
En cumplimiento de la ley estatutaria 1581 de octubre de 2012 , autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos.

'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 ZONAMEDICA MR SAS, 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 ZONAMEDICA MR SAS, para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos

Powered by CamScanner