CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



CARVAJAL LABORATORIO IPS S.A.S
NIT: 900152996-7

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Tipo de Examen: PRE INGRESO
Certificado de aptitud: 1053538279-186081

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA.

Empresa: PARTICULARES
Actividad Económica: 0010 - ASALARIADOS

Empresa en Misión/ Contrato/ Centro de Costo: PARTICULARES -

INFORMACIÓN DEL PACIENTE.

Fecha y Lugar:	07 ene. 2026 - DUITAMA - BOYACA	**Identificación:**	1053538279
Paciente:	CATALINA CUBIDES ROJAS	**Teléfono**	3114551337 **Móvil:** 3114551337
Género	FEMENINO **Edad:** 34	**EPS:**	SANITAS S.A.
Fecha Nacimiento:	27/05/1991	**ARL:**	NO REPORTA
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**AFP:**	PORVENIR S.A.
Escolaridad:	UNIVERSITARIO	**Cargo:**	CONTADORA PUBLICA
Área: No Reporta			
Correo Electrónico:	catacubides2705@hotmial.com	**Peso: 78.7 Talla: 150 IMC: 34.98**	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS - RECOMENDACIONES.

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	CONDICION OSTEOMUSCULAR NORMAL. RECOMENDACIONES GENERALES: HIGIENE POSTURAL. PAUSAS ACTIVAS. ACTIVIDAD FISICA REGULARMENTE, CONTINUAR MANJEO DE PATOLOGIA DE BASE EN EPS

CONCEPTO LABORAL

APTO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: RECOMENDACIONES: HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES CON ALIMENTACION BALANCEADA, ACTIVIDAD FÍSICA REGULARMENTE

RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: HIGIENE POSTURAL, REALIZACIÓN DE PAUSAS ACTIVAS IDEAL DE 5 MINUTOS CADA 2 HORAS EN SU PUESTO DE TRABAJO. INFORMAR CAMBIOS EN SU CONDICION DE SALUD A EMPLEADOR CUANDO SEA NECESARIO

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 INFORMADO

Autorizo al(a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mi el exámen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es) registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del exámen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional (es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que realizaran el(los) examen(es). Fuí ¡nformado de las medidas que tomará CARVAJAL LABORATORIO IPS S.A.S para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son VERÍDICAS. Autorizo a CARVAJAL LABORATORIO IPS S.A.S para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.
CARVAJAL LABORATORIO IPS S.A.S se acoge a las disposiciones de la ley 1581 del 2012 y al derecho reglamentario 1377 del 2013 y se responsabiliza del tratamiento de protección de datos personales'

Augusto A. Diaz Castillo
Medico Salud Ocupacional
C.C. 9 526 989 - R.M. 645 Boy.
LS.O. - S.S.T. 544 / 03 /22

MEDICO
AUGUSTO ARMANDO DIAZ CASTILLO
CÉDULA DE CIUDADANÍA : 9526989-1
843/06/09 - 544/03/22

Catalina Cubides

Firma y cédula del Paciente
CATALINA CUBIDES ROJAS
1053538279