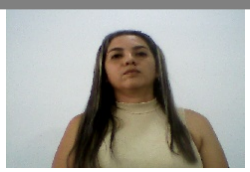
# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



**BIO QUALITY SALUD S.A.S**
NIT: 900218015-2

**EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL**
**Certificado de aptitud: 33800271-32771**

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha y Lugar:** | 13 ene 2025 - PEREIRA | **Tipo de Examen:** | INGRESO |
| **Paciente:** | CLAUDIA ANDREA PEREZ CARDONA | **Identificación:** | 33800271 |
| **Género** | FEMENINO **Edad:** 39 | **Teléfono** | **Móvil:** 3148209636 |
| **Fecha Nacimiento:** | 24/05/1985 | **Cargo:** | CONTRATISTA |
| **Estado Civil:** | CASADO(A) | **EPS:** | NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud |
| **Dirección** | CRA 17 BIS N 19-77 MULTIFAMILIAR LOS ALMENDROS | **ARL:** | NO REPORTA |
| **Escolaridad:** | POSTGRADO | **AFP:** | COLPENSIONES |
| **Empresa** | PARTICULAR | | |
| | | **AREA: No Reporta** | |
| **Misión/Contrato/ Centro de Costo:** | PARTICULAR | | |

## EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

| | |
|---|---|
| **EXAMEN MEDICO LABORAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR** | EDUCACION NUTRICIONAL. EJERCICIO REGULAR. HIGIENE POSTURAL. PAUSAS ACTIVAS EN EL PUESTO DE TRABAJO. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL |

## CONCEPTO LABORAL

**APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES**

Observaciones: USO DE LENTES SEGUN PRESCRIPCION

| 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 la IPS, 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 la IPS, para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos.
'

Dr. Carlos Arturo Vargas Molina
M.D. Especialista en Salud Ocupacional
LPSSO. 0719 - 10 RM. 850 MD.
C.C. 10.118.677 Pereira

Médico Especialista en Salud Laboral
CARLOS ARTURO VARGAS MOLINA
LPSSO0719-10 850MD

Firma y cédula del Paciente
CLAUDIA ANDREA PEREZ CARDONA
33800271