CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

ENTORNO&COMPAÑÍA
La IPS de las Buenas Empresas



ENTORNO & COMPAÑIA LTDA
NIT: 830034865-1

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 32621441-131235

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	11 jun. 2025 - BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	MARIELA DELSOCORRO BARRAGAN BELTRAN	**Identificación:**	32621441
Género	FEMENINO **Edad:** 68	**Teléfono**	NR **Móvil:** 3153459277
Fecha Nacimiento:	3/04/1957	**Cargo:**	DIRECTORA DEL DEPARTAMENTO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	SANITAS S.A.
Dirección	TV 1 ESTE # 57-80	**ARL:**	
Escolaridad:	ESPECIALIZACION	**AFP:**	COLPENSIONES
Empresa	DELIMA MARSH S.A. LOS CORREDORES DE SEGUROS	**RH A+**	
		AREA: ADMINISTRATIVA	
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	FUNCIÓN PUBLICA		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. EN COMUNICACIONES PROLONGADAS ROTAR AURICULAR TELEFONICO
OPTOMETRIA	CONTINUAR CON USO DE CORRECCION OPTICA
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	PAUSAS ACTIVAS, INDUCCIÓN SOBRE RIESGOS PROPIOS DEL CARGO, INCENTIVAR VACUNACIÓN PREVENTIVA DEL ADULTO, CONTROL ANUAL OPTOMÉTRICO Y AUDITIVO PERIÓDICO, CUMPLIR CON PROGRAMAS DE SALUD PARA LA MUJER , SEGUIR LAS NORMAS DE SEGURIDAD DE LA EMPRESA, HIGIENE POSTURAL.
GLICEMIA	REALIZADO
PERFIL LIPIDICO	REALIZADO

CONCEPTO LABORAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO-

Observaciones: AL EXAMEN OSTEOMUSCULAR SIN ALTERACION, CONTINUAR CONTROLES MEDICOS EN EPS , CONTINUAR CON USO DE CORRECCION OPTICA , DIETA BALANCEADA BAJA EN AZUCARES Y CARBOHIDRATOS , SE REMITE A MEDICINA EN EPS , CONTINUAR CONTROLES OCUPACIONALES PERIODICOS.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

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

VISUAL	-	PPyP
CARDIOVASCULAR	-	PPyP

Información de Remisiones

MÉDICINA GENERAL EPS

'De conformidad con la Ley 1581 de 2012, "Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales " y las demás normas concordantes, a través de las cuales se establecen disposiciones generales en materia de hábeas data y se regula el tratamiento de la información que contenga datos personales, Autorizo de manera libre, voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a ENTORNO Y COMPAÑÍA LTDA, para que en los términos legalmente establecidos realice la recolección, almacenamiento, uso y en general, el tratamiento de los datos personales que he procedido a entregar o que entregaré, en virtud de los exámenes médicos laborales y complementarios que me realizaré, en concordancia con la Resolución 1995 de 1999 y Resolución 2346 de 2007.
Al firmar este documento en pleno uso de mis facultades mentales y sin limitaciones o impedimentos de carácter médico o legal, autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. Se me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Otorgo mi consentimiento de forma libre y sin coerción y autorizo a la IPS ENTORNO Y COMPAÑÍA LTDA, a la realización de las evaluaciones solicitadas en la atención por mi empleador o entidad remitente. Autorizo a la IPS ENTORNO Y COMPAÑÍA y al doctor (a) firmante, para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.'

Dra. Diana Marcela Suarez L.
C.C. 1.015.389.112
Médico Especialista en SST
RM 2547/80/2017-LSO 25-3146

Médico Especialista en Salud Laboral
DIANA MARCELA SUAREZ LAGOS
25-3146 de 2016 -

Firma y cédula del Paciente
MARIELA DELSOCORRO BARRAGAN BELTRAN
32621441