Laboral Health SAS
IPS en Salud Ocupacional

Certificado de Aptitud
Informe Salud Ocupacional

Fecha:	Tipo de Examen:	Ciudad:	Departamento:
9 de octubre de 2025	INGRESO	BOGOTA	CUNDINAMARCA

Nombre y apellido del aspirante o trabajador				Identificación
DIANA JIMENA RAMIREZ BARRERA				39.676.465
Genero	Fecha de nacimiento	Edad	Empresa	
FEMENINO	13 de octubre de 1979	45 Años	PARTICULAR	
Actividad económica			Cargo u Oficio	
ESTATAL			CONTRATISTA	

Concepto Ocupacional	SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO QUE ASPIRA

Anexo técnico: NO	ENFASIS OSTEOMUSCULAR: SI

	Tipo de cargo	Exámenes realizados		
X	Administrativo	Electrocardiograma	Parcial de orina	Acido úrico
	Operativo	Cuadro hemático	Audiometría	Ag Prostático
	Manipulación de alimentos	Colesterol	Visiometría	TSH
	Trabajo en alturas	Triglicéridos	Optometría	Otro:
	Otros:	Glicemia	Espirometría	

Recomendaciones Generales:

PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, HABITOS DE VIDA SALUDABLES, RECOMENDACIONES NUTRICIONALES COMO DIETA BALANCEADA BAJA EN GRASA Y CARBOHIDRATOS, EJERCICIO 3 VECES POR SEMANA, CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA DE LA EPS.

Recomendaciones Especificas:

CUMPLIR ESTRICTAMENTE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS EN SU PUESTO DE TRABAJO. USO DE GAFAS NEUTRAS CON FILTRO PARA EL PC, ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR NORMAL.

Limitaciones o Restricciones:

Causa de aplazamiento:

Examen de retiro: Hay sospecha de: Secuela de accidente de trabajo _____ Enfermedad Laboral _____

Enfermedad común agravada por el trabajo _____ ¿Cuál? _____ Remisión a EPS _____

Consentimiento informado del aspirante o trabajador

Yo DIANA JIMENA RAMIREZ BARRERA identificado con C.C. No. 39.676.465

Autorizo al médico abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el examen médico ocupacional, exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización del examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, interpretación, limitaciones y riesgos del examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional arriba mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que Laboral Health SAS dé a la misma. Autorizo que suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional, como que también escanee mi firma para uso exclusivo de este documento medico. Así mismo dejo constancia que recibí copia de la valoración médica ocupacional.

Dr. José G. Quijano G. Especialista Medicina del Trabajo y Salud Ocupacional RM:0646-03 R.S.S.T.: 25-1020

Diana Jimena Ramirez Barrera

Firma del Médico

Nombre: Dr. Jose Giovanni Quijano Galvis L.S.O 25-1020/2023

Firma del Aspirante o Trabajador

C.C: 39.676.465 Nombre: DIANA JIMENA RAMIREZ BARRERA