

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

FRANCISCO F. ZAPATA G. Médico Ocupacional - U. del Quindío
Dirección: Calle 26 # 15-39 | Armenia, Quindio
Teléfono: 3137499764



CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

IDENTIFICACIÓN Y DATOS GENERALES DEL PACIENTE

Nombres: Katherine | Apellidos: López Olaya

Tipo de Identificación:Cédula ciudadanía | No. de Identificación: 1004778013 | Fecha de Nacimiento: 08/04/2002

Edad: 22 años 11 meses 24 días | Sexo: Femenino | Estado Civil: Soltero

Departamento: Risaralda | Ciudad: Pereira | Escolaridad: Profesional

Dirección: Carrera 3#36-45

Teléfono Celular: 3104853466 | EAPB: SALUD TOTAL - ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO

Fecha y hora de inicio de la atención: 31/03/2025 21:21:22 Nombre de consulta: Atención 1

EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL

Mediante el presente documento refiero, que se realizó examen médico de aptitud laboral al(la) trabajador(a) en cuestión, DE LA EMPRESA: A QUIEN INTERESE, CARGO: ADMINISTRATIVA. TIPO DE EXAMEN: INGRESO. CERTIFICO QUE, es: APTA, SIN RESTRICCION PARA EL CARGO. Apto para trabajo en alturas: NO VALORADO. Próxima valoración: EN UN AÑO. Aportó profesiograma: NO

Recomendaciones:
- Debe realizar actividad física, al menos 30-40 minutos por día 3-4 veces por semana
- Visitar al médico periódicamente.
- Por su EPS debe realizar el control de ruta por ciclo de vida, y la citología o test de VPH con la frecuencia recomendada por la EPS.
-Recomiendo vacunación contra influenza, esquema completo de tétano
- Debe realizar pausas activas
- Evitar malas posturas al sentarse, pararse, acostarse.
-. Debe tener un sitio de trabajo con entorno ergonómico
- Debe reportar accidentes e incidentes de trabajo, cumplir con reglamento de seguridad industrial de la empresa, acatar las recomendaciones del equipo de salud y seguridad en el trabajo.
-. Debe cumplir con el protocolo de bioseguridad.

RESTRICCIONES; NINGUNA SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA; ERGONOMICO

Yo, quien realizo éste examen, y a quien corresponden los datos suministrados para su elaboración, autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado 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. Autorizo al doctor(a) 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 todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

FRANCISCO F. ZAPATA G. Médico Ocupacional - U. del Quindío
Dirección: Calle 26 # 15-39 | Armenia, Quindio
Teléfono: 3137499764

FIRMA: CC

Modalidad de Atención: Intramural



Francisco Fernando Zapata Giraldo

CC No. 89006463 / RM 66467/12 - Licencia Seg. Salud Trabajo 0863/2014 - Sec. Salud Quindío.
Médico general, Salud Ocupacional