CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



SOLUCIONES MEDICAS EMPRESARIALES LTDA
NIT: 900146367

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1013658372-166595

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	29 ene. 2020 - BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	PRE INGRESO
Paciente:	KATHERYN MAYERLY CABRERA ROA	**Identificación:**	1013658372
Género	FEMENINO **Edad:** 24	**Teléfono**	**Móvil:** 3112198658
Fecha Nacimiento:	07/05/1995	**Cargo:**	ENCUESTADORA
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**EPS:**	SANITAS S.A.
Dirección	CLL 49 B SUR # 9 56	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	TECNOLÓGICO	**AFP:**	INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES
Empresa	INSTITUTO DISTRITAL DE TURISMO	**Área: No Reporta**	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL	EXAMEN FISICO OSTEOMUSCULAR SIN ALTERACION AL MOMENTO DE ESTE EXAMEN MEDICO

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

CUMPLE CON LOS REQUISITOS PARA EL CARGO

Observaciones: EXAMEN PERIODICO ANUAL,

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

NO

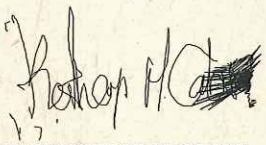
Información de Remisiones

NO

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 SI he recibido toda la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y paraclínicos 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 paraclínicos solicitados por mi empleador o entidad remitente, para realizar la toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales y a 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. En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 del 17 de octubre de 2012, autorizo a la IPS para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos. Las respuestas dadas por mi están completas y son verídicas. Firmo para constancia.

Dra. Aurora Espinel Q.
Médica Cirujana U. Nal
C.C. 27.766.271
R.M. 11785-247-1598

AURORA ESPINEL
Médico Especialista en Salud Laboral LSO 7853



KATHERYN MAYERLY CABRERA ROA
Firma y cédula del Paciente



1013658372