

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



**CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL**  
 Certificado de aptitud: 80215729-115361

## INFORMACIÓN GENERAL

<b>Fecha y Lugar:</b>	29/08/2017 BOGOTÁ D.C.	<b>Tipo de Examen:</b>	PRE-INGRESO
<b>Paciente:</b>	NIXON ARIOLFO HERRERA VIGOYA	<b>Identificación:</b>	80215729
<b>Género:</b>	MASCULINO <b>Edad:</b> 32	<b>Teléfono:</b>	<b>Móvil:</b> 3122582490
<b>Fecha Nacimiento:</b>	20/11/1984	<b>Cargo:</b>	CONTADOR (A)
<b>Estado Civil:</b>	SOLTERO(A)	<b>EPS:</b>	FAMISANAR LTDA. CAFAM COLSUBSIDIO
<b>Dirección:</b>	KR 10 BIS 10 31 S	<b>Escolaridad:</b>	PROFESIONAL
<b>Empresa:</b>	TRANSPORTES ESTIVANS S.A.S. -	<b>Peso:</b> 89 <b>Talla:</b> 172 <b>IMC:</b> 30	

## EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL HIGIENE BIOMECÁNICA INTEGRAL, HIGIENE POSTURAL, CUMPLIMIENTO DE PAUSAS ACTIVAS.

## CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO

Observaciones: CONTROL DE PESO. REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA MÍNIMO 40 MINUTOS 4 VECES A LA SEMANA.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
VISUAL	USAR CORRECCIÓN VISUAL A NECESIDAD	N
<b>Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción</b>		
VISUAL	-	
NUTRICIONAL	-	

## 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 paraclinicos que me van a ser practicados, incluidas las posibles complicaciones que puedan generarse, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.

De conformidad plena y teniendo en cuenta lo anteriormente expresado SI autorizo a INTERVENIR SALUD OCUPACIONAL S.A.S. para realizarme los exámenes clínicos y paraclinicos 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 INTERVENIR SALUD OCUPACIONAL S.A.S. para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos, para fines de apertura y registro de historia clínica y anexos pertinentes.

**Francia Copete V.**  
 Esp. Salud Ocupacional  
 Lic. S.O. 4169 - 2017




**FRANCIA MAIRYM COPETE VILLAMIZAR**      4169 -  
 Médico Especialista en Salud Laboral

**NIXON ARIOLFO HERRERA VIGOYA**      80215729  
 Firma y cédula del Paciente