

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



**CENTRO ESPECIALISTA MEDICINA SALUD OCUPACIONAL S A S**  
NIT: 900738322-1



## EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Certificado de aptitud: 6105258-143391

### INFORMACIÓN GENERAL

<b>Fecha y Lugar:</b> 08/08/2023 - CALI	<b>Tipo de Examen:</b> INGRESO
<b>Paciente:</b> LUIS YOVANI LOPEZ MANBUSCAY	<b>Identificación:</b> 6105258
<b>Género:</b> MASCULINO <b>Edad:</b> 44	<b>Teléfono:</b> 315-6418042 <b>Móvil:</b> 3156418042
<b>Fecha Nacimiento:</b> 22/06/1979	<b>Cargo:</b> CONDUCTOR
<b>Estado Civil:</b> SOLTERO(A)	<b>EPS:</b> COMFENALCO VALLE EPS
<b>Dirección:</b> CRA 78A # 2B-79 B/ NAPOLEZ	<b>AFP:</b> COLFONDOS
<b>Escolaridad:</b> BACHILLERATO	<b>ARL:</b>
<b>Empresa:</b> LUIS YOVANI LOPEZ MANBUSCAY	<b>Antigüedad en el Cargo:</b> 0 meses
<b>Dirección:</b> CRA 78A # 2B-79 B/ NAPOLEZ	
<b>Actividad Económica:</b>	

### EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

<b>MEDICINA OCUPACIONAL</b>	Ha sido Diagnosticado con Coronavirus Covid-19: NO, Ha estado en contacto con pacientes Covid positivo en los últimos 14 días: NO. SE APLICA ENCUESTA, NO SE ENCUENTRAN ALTERACIONES EN LA MISMA, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE. CONTINUAR CON LOS LINEAMIENTOS EXPEDIDOS POR EL MINISTERIO SEGUIR CON LAS RECOMENDACIONES DE BIOSEGURIDAD
-----------------------------	---

### CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO CON RECOMENDACION

Observaciones: SE RECOMIENDA MAS ACTIVIDAD FISICA TENER AUTOCUIDADO AL CONDUCIR

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
---------------------	--	------------

NO



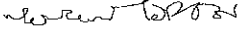
### Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

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 una 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 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.

	 <b>Johanna Forero Martinez</b> Médico Especialista en Medicina Trabajo en Regimen 22182710 LAO: 090-15	090-2015 -	 <b>LUIS YOVANI LOPEZ MANBUSCAY</b> Firma y cédula del Paciente
	<b>JOHANNA FORERO MARTINEZ</b> Médico Especialista en Salud Laboral		6105258