
CERTIFICADO

Fecha y hora: 29-04-2025 08:26 AM
Identificación: CC 1054986136
Paciente: DIANA CAROLINA VARGAS LOPEZ
Entidad: Eps Y Medicina Prepagada Suramericana S.A. - Contributivo

Certificado:
CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

CONCEPTO DE APTITUD: Aplica para EXAMEN DE INGRESO CON LA SUPERINTENDENCIA
NOTARIADO Y REGISTRO
CARGO: ABOGADA

Sin limitaciones para el cargo: X
Con limitaciones para el cargo:

CONCEPTO DE APTITUD APOYADO EN EL PERFIL PARA EL CARGO: SI ☒ NO ☐

EL CONCEPTO DE APTITUD SE EMITIO A PARTIR DE: (Marcar con un equis (x) los que aplique)

EXAMEN MEDICO:

Tamizaje de Audiometría: SATISFACTORIO
Tamizaje de Espirometría:
Tamizaje de Visiometría: SATISFACTORIO
Examen Optométrico:
Electrocardiograma:
Evaluación Osteomuscular: SATISFACTORIO
Evaluación Dermatológica: SATISFACTORIO
Evaluación Trabajo en Alturas:
Evaluación Manipulación de alimentos:
Evaluación Cardiovascular: SATISFACTORIO
Evaluación Abdominal: SATISFACTORIO

EXAMEN DE RETIRO: Sospecha de: (Marque con una equis (x) según corresponda)

Secuela Accidente laboral no reportado: NO
Enfermedad Profesional: NO
Enfermedad común agravada por el trabajo: NO
SE ENTREGA REMISIÓN PARA LA EPS: NO

CERTIFICADO

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA SUGERIDOS: NINGUNO

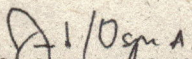
EXAMEN LABORAL DE: INGRESO

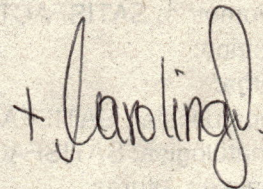
SATISFACTORIO PARA REALIZAR TRABAJO ASIGNADO

RECOMENDACIONES USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, CUMPLIR CON LOS REGLAMENTOS DE SST, INFORMAR CAMBIOS DE SALUD Y ACCIDENTES LABORALES, NO SE EVIDENCIAN HERNIAS NI EVENTRACCIONES EN ESTE ESTUDIO, HIGIENE POSTURAL. ACATAR NORMAL DE SEGURIDAD, PAUSAS ACTIVAS.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: autorizo al (a/el) Doctor(a) abajo mencionado (a) a realizar en mi, examen y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registro en este documento, (el) (la) Doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza, el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y los riesgos para el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional (es) a partir de la respectiva historia clínica antes de la respectiva toma de pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que realizara el (los) exámenes. Fui informado de las medidas que tomará la institución para proteger la confidencialidad de los resultados, las respuestas dadas por éstas son verídicas y son completas, autorizo a la entidad para que suministre a mi empresa donde trabajo y/o entidades contempladas en la legislación vigente para que suministre éste documento para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional y para las situaciones que lo ameritan.

Profesional que realizó el certificado:


Dr. Juan de J. Ospina A.
Especialista en Gerencia
de Salud Ocupacional
Reg Dptal 1179 Reg. Nal 8740



Juan de Jesus Ospina Aguirre
CC: 10084706 RM: 8440
SALUD OCUPACIONAL