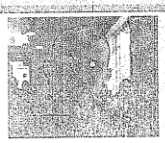
27

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



BIENESTAR Y SALUD EMPRESARIAL SAS
NIT: 900462772-4

OSTEOMUSCULAR
Certificado de aptitud: **1072427729-98507**

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	20/10/2021 - BOGOTA D.C - BOGOTA, DISTRITO CAPITAL	**Tipo de Examen:**	INGRESO		
Paciente:	JAIME ALBERTO SUAREZ MONTILLA	**Identificación:**	1072427729		
Género	MASCULINO **Edad:** 28	**Teléfono**	NO REPORTA	**Móvil:**	3227711901
Fecha Nacimiento:	30/01/1993	**Cargo:**	PARTICULAR		
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	FAMISANAR		
Dirección	CALLE 9 B N 26 71	**ARL:**	SURA		
Escolaridad:	TECNOLÓGICO	**AFP:**	PROTECCION S.A.		
Empresa	PARTICULAR				

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Observaciones:

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 mí están completas y son verídicas. Firmo para constancia.

Nota: Dando cumplimiento a las disposiciones legales , Ley 1581 de 2012 (protección de datos personales), Ley 1266 de 2008 (Habeas Data) y Ley 1273 de 2009 (Protección de la información y de los datos), declaro en mi calidad de usuario de la IPS BIENESTAR Y SALUD EMPRESARIAL - BYSE, que he sido informado y conozco de manera clara y expresa la finalidad con que se recopilan mis datos y autorizo expresamente a que la presente entidad conozca, actualice , corrija o suprima la información entregada, por lo que los datos recopilados serán tratados de manera confidencial y exclusivamente para los propósitos relacionados con los trámites y servicios que presta la entidad'

Dr. Luis Enrique Flórez Parra
Médico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
RM 1128059874 SC 4335 118965/02

LUIS ENRIQUE FLOREZ PARRA

4335 118965/02

Médico Especialista en Salud Laboral

JAIME ALBERTO SUAREZ MONTILLA 1072427729

Firma y cédula del Paciente