Clínica Fame
UPS SA.
Tu salud en manos de excelentes seres humanos

Juan de Jesus Ospina Aguirre
Carrera 21 # 23-26
jjoa81@hotmail.com
TEL. 8903040
CEL. 3122590881

CERTIFICADO

Fecha y hora de elaboración: 05/01/2022 10:34:24 AM
Identificación: CC 24344120
Paciente: CLAUDIA LORENA CIFUENTES MARIN
Entidad: Nueva Empresa Promotora De Salud S.A. Sigla Nueva Eps S.A.

Certificado:
CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

CONCEPTO DE APTITUD: Aplica para INGRESO A LA ALCALDIA DE MANIZALES
CARGO: CONTRATISTA

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

CONCEPTO DE APTITUD APOYADO APOYADO EN EL PERFIL PARA EL CARGO:SI__X_
NO___

Acatar normas de seguridad, usar elementos de protección personal, pausas activas e higiene postural. APTO PARA TRABAJO ASIGNADO , NO VIROSIS

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

EXAMEN MEDICO:
Tamizaje de Audiometría:
Tamizaje de Espirometría:
Tamizaje de Visiometría:X
Examen Optométrico:
Electrocardiograma:
Evaluación Osteomuscular:X
Evaluación Dermatológica:X
Evaluación Trabajo en Alturas:
Evaluación Manipulación de alimentos:
Evaluación Cardiovascular:X

LABORATORIOS:NO

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

Juan de Jesus Ospina Aguirre
Carrera 21 # 23-26
jjoa81@hotmail.com
TEL. 8903040
CEL. 3122590881

CERTIFICADO

SE ENTREGA REMISIÓN PARA LA EPS: NO

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGÍCA SUGERIDOS:
NO SINTOMAS DE COVID19
EXAMEN LABORAL DE: SALUD OCUPACIONAL SATISFACTORIO APTO PARA TRABAJO ASIGNADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: autorizo al (a/el)Doctor(a) abajo mencionado (a) a realizar en mi, examen y/o paraclinico(s) ocupacional(es), registro en este documento. (el\ (la\Doctor(a) abajo mencionado(a) que me ha explicado la naturaleza, el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y los riesgos para el exámen médico y/o paraclinico(s) ocupacional (es) a partir de la respectiva historia clinica 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.Ful informado de las medidas que tomará la Institución para proteger la confidencialidad de los resultados,recibí copia de la valoración médica de salud ocupacional, las respuestas dadas por éstas son veridicas 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.

✓ Lorena Cifuentes -

> 24344120

Profesional que realizó el certificado:

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