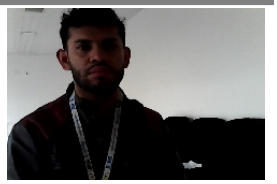
CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



BIENESTAR Y SALUD EMPRESARIAL SAS
NIT: 900462772-4

OSTEOMUSCULAR
Certificado de aptitud: 1016018695-68184

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	23 jul 2020 - BOGOTA D.C - BOGOTA, DISTRITO CAPITAL	**Tipo de Examen:**	PERIODICO
Paciente:	CRISTIAN CAMILO PERALTA CHACON	**Identificación:**	1016018695
Género	MASCULINO **Edad:** 31	**Teléfono**	NO REPORTA **Móvil:** 3214434388
Fecha Nacimiento:	02/07/1989	**Cargo:**	TECNICO DE MANTEMINIENTO
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección	CR 95A # 26 38 SUR	**ARL:**	SURA
Escolaridad:	TÉCNICO	**AFP:**	PROTECCION S.A.
Empresa	SUBRED SUR OCCIDENTE-CONTRATO 6324-2018	**Área: No Reporta**	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

VALORACION PSICOLOGICA PARA ALTURAS	REALIZADO
AUDIOMETRIA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO
OPTOMETRIA	CONTROL POR OFTALMOLOGIA EN LA EPS
VISIOMETRIA	CONTROL POR OFTALMOLOGIA EN LA EPS
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, POR TUTULOS DE ANTICUERPOS HEP B SE RECOMIENDA REVACUNACION.
COLESTEROL HDL	REALIZADO
COLESTEROL TOTAL	REALIZADO
CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS	REALIZADO
GLICEMIA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	REALIZADO
TITULACION ANTICUERPOS HEPATITIS B	REALIZADO
TRIGLICERIDOS	REALIZADO
ANEXO OSTEOMUSCULAR	REALIZADO

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN MEDICO PERIODICO SATISFACTORIO CON RECOMENDACIONES

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 í-ndole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que SI he recibido toda la información pertinente acerca de los exámenes clí-nicos y paraclí-nicos 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 clí-nicos y paraclí-nicos 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 verí-dicas. 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'







OMAR HERRERA ROSAS

Médico Especialista en Salud Laboral LSO 14019/18 RM 80116834

CRISTIAN CAMILO PERALTA CHACON 1016018695

Firma y cédula del Paciente