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

CERTIFICADO

Fecha y hora de elaboración: 20/01/2022 03:33:37 PM
Identificación: CC 1053805402
Paciente: JORGE LEONARDO RAMIREZ PEREZ
Entidad: Eps Y Medicina Prepagada Suramericana S.A. - Contributivo

Certificado:
CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

CONCEPTO DE APTITUD: Aplica para INGRESO SENA

CARGO: DINAMISADOR

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.

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 Visiometria:X
Examen Optométrico:X
Electrocardiograma:
Evaluación Osteomuscular:X
Evaluación Dermatológica:X
Evaluación Trabajo en Alturas:
Evaluación Manipulación de alimentos:
Evaluación Cardiovascular:X

LABORATORIOS:

Secuela Accidente laboral no reportado: NO
Enfermedad Profesional: NO
Enfermedad común agravada por el trabajo: NO

SE ENTREGA REMISIÓN PARA LA EPS: NO

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

CERTIFICADO

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGÍCA SUGERIDOS: SIN CONTACTO NI SOSPECHOSO COVID-19

EXAMEN LABORAL DE: INGRESO SICOLOGICO , SICOSOCIAL ,, PULMONAR , CARDIACO , NEUROLOGICO , VISUAL , AUDITIVO , OSTEOMUSCULAR , SATISFACTORIO

SATISFACTORIO PARA EL TRABAJO

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 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,recibí copia de la valoración médica de salud ocupacional, 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:

Clínica Fame IPS
NI: 9000098476 RM: 8440
SALUD OCUPACIONAL

, Leonardo
1.053.305.402