

**DR. GUILLERMO ERNESTO GOELKEL CLAVIJO**  
MEDICO GENERAL Y ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL  
R.M 19193032 M.S LIC.0170105 HABILITACION S.S.B- 1100137518  
UNIVERSIDAD NACIONAL  
**CERTIFICADO DE INGRESO LABORAL**



FECHA: 20 de enero de 2023 X Examen de Ingreso Examen de Egreso Examen Periódico  
NOMBRE: Paola Dayana Diaz Ruiz EDAD: 27 años SEXO: F  
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.013.660.895 R.H. O (+)  
EMPRESA: A quien le interese PESO: 58 kg  
CARGO: psicologa

**RESULTADOS EXAMENES PARACLINICOS**

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO	
Espirometria	
Audiometria	x Normal
Visiometria	X Normal
Cardiovascular	X Normal
Psicológico	
Osteomuscular	x Normal
Vacunas	x Actualizadas
Cuadro Hemático IVG	
Serología	
Glicemia	
Colesterol	
Triglicéridos	
Parcial de Orina	
Sodio	
Potasio	
Plomo	
Frotis Faríngeo/con cultivo	
KOH Uñas	
Prueba de Embarazo	
Hemoclasificación	
TSH	
Amilasa	
Basiloscopia	

Impresión Diagnóstica: A la fecha hacemos constar que el trabajador fue examinado y los resultados obtenidos fueron los siguientes

Apto x Apto con Restricción No Apto Aplazado

Apto para trabajo en alturas

Concepto. APTO PARA EL CARGO

Control EPS	X
Usos de elementos de protección personal	X
Capacitaciones en la ARL y EPS	
Hábitos de vida saludable	X

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y riesgos del examen médico, paraclínico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mí en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda coacción y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realicen las pruebas, fuí informado de las medidas que el profesional de la Universidad Nacional del consultorio particular, tomara para proteger la confidencialidad de la información al exponerla, los autorizo para que a través de cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona o entidad, contemplada en la legislación actual, sea parte del programa de salud ocupacional de la empresa y de los cuales recibiré los resultados y aseguro manifestar mi consentimiento con S.S.B-1100137518, mi firma que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en capacidad de

DR. GUILLERMO ERNESTO GOELKEL C  
Médico Especialista en Salud Ocupacional

19193032  
R.M.

Trabajador Paola Diaz  
C.C. 1013660895  
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la