CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



ACCIONAR SALUD IPS S.A.S
NIT: 900409631-1

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 79128743-97756

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	13/05/2023 - CHIA	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	JAVIER ANTONIO IBAÑEZ LUGO	**Identificación:**	79128743
Género	MASCULINO **Edad:** 56	**Teléfono**	**Móvil:** 3115319092
Fecha Nacimiento:	2/09/1966	**Cargo:**	INSTRUCTOR
Estado Civil:	CASADO(A)	**EPS:**	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección	CRA 15 N°15-105 CASA CS20	**ARL:**	SURA
Escolaridad:	MAESTRIA	**AFP:**	PORVENIR S.A.
Empresa	PARTICULAR -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

TEST DE PSICOLOGÍA - WARTEG	PRUEBA REALIZADA
OPTOMETRIA	CONTROL ANUAL Y CAMBIO DE CORRECCION OPTICA
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, INDICACIONES NUTRICIONALES, ACTIVIDAD FISICA 3 VECES POR SEMANA
PERFIL LIPIDICO	PROCESADO
GLICEMIA	PROCESADO
CUADRO HEMÁTICO (HEMOGRAMA)	PROCESADO

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO SIN RESTRICCIONES PARA ACTIVIDAD LABORAL

Observaciones: TEST DE PSICOLOGÍA - WARTEG: APROBADO.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

VISUAL	PPyP

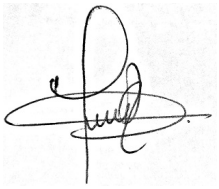
Información de Remisiones

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, incluidas las posibles complicaciones que puedan generarse, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.

De conformidad plena y teniendo en cuenta lo anteriormente expresado SI autorizo a ACCIONAR SALUD IPS SAS 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 ACCIONAR SALUD IPS SAS para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos, para fines de apertura y registro de historia clínica y anexos pertinentes.'



ALINA MAYLIN ROMERO CUELLO





JAVIER ANTONIO IBAÑEZ LUGO 79128743

Firma y cédula del Paciente

000787/2019 32780565

Médico Especialista en Salud Laboral