# EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de especialistas

## UMED LTDA. I.P.S.

Licencia de Prestación de Servicios en seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020

NIT: 830.015894-4

Código de prestador de servicios de la salud No. 1100105659O
Aprobado por la Secretaría de Salud de Bogotá según Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997.
Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958 -T
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Lic. de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo
Res. 7402 de 27/08/2019 de la Secretaría Distrital de Salud



Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas

## CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 88944

| | | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA : 17/06/2023 HORA:10:48** | | **EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO** | |
| NOMBRES: JHON FREDY PAMPLONA VELA | | DOCUMENTO: 1024512562 | EDAD: 32 GENERO: M |
| Empresa: SAM INGENIERIA Y CONSULTORIA S.A.S | | Cargo: AYUDANTE DE OBRA | Tel: 3114827523 - |

### EXAMENES LABORALES REALIZADOS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Valoración Medica Laboral | Si | | Respiratorio | Si | |
| Espirometria | Si | | Dermatologia | Si | |
| Audiometria | Si | | Osteomuscular | Si | |
| Visiometria | Si | | Cardiovascular | Si | |
| Optometria | NA | | Prueba de equilibrio | NA | |
| Electrocardiograma | NA | | Prueba Psicometrica | NA | |
| Psicologia Laboral | NA | | Radiologia Columna | NA | |
| Vacunas | NA | | Radiologia Torax | NA | |

### LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Cuadro Hematico IVG | NA | | Parcial de Orina | NA | |
| Glicemia | NA | | RH-Grupo Sanguineo | NA | |
| Colesterol | NA | | KOH Uñas | NA | |
| Triglicéridos | NA | | Frotis Faringeo | NA | |
| Serologia | NA | | Coprologico | NA | |

### CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Apto Para Trabajos en Alturas** | NA | **Apto Para Trabajos en espacios Confinados** | | | NA |
| **Apto Para el cargo sin Restricciones** | | | Si | **Aplazado** | NA |
| **Apto Para el Cargo con Restricciones que Intervienen con su Trabajo** | | | NA | **No Apto Para Este Cargo** | NA |
| **Apto Para Trabajos en Superficies sin Infradesnivel** | | | NA | | |
| **Examen PERIODICO Satisfactorio** | NA | **Examen de EGRESO Satisfactorio** | | | NA |

ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR SATISFACTORIO. APTO PARA ACTIVIDAD LABORAL EN SUPERFICIE

### RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Higiene Postural | Si | Uso de Doble Protección Auditiva | NA | Evitar Posturas Prolongadas | NA |
| Pausas Activas | Si | Control Optometrico Periodico | NA | Uso de Medias de Compresión Graduado | NA |
| Ergonomia del Puesto de trabajo | Si | Uso de Lentes Permanentes | NA | Valoración y Manejo en IPS | NA |
| Uso de Elementos de Protección Personal | Si | Uso de Lentes Visión Cercana | NA | Dieta - Ejercicio Físico | NA |
| Valoración por Medicina Laboral de EPS | NA | Control de Tension Arterial | NA | Control Espirómetria | NA |
| Control Audiometrico | NA | Estilos de Vida Saludable | NA | Control Médico Ocupacional Anual | Si |
| | | | | | NA |

Lea este codigo QR con su celular para validar su autenticidad

### CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

**He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y los riesgos del examen médico, paraclínico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fui informado de las medidas que el profesional de salud ocupacional de UMED/LTDA tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta,Los autorizo para que den a conocer por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona o entidad contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de los cuales recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en la capacidad de manifestar mi libre consentimiento.**

| | |
|---|---|
| CAMILO ERNESTO VELASQUEZ VELASCO<br>LICENCIA No. RES.7058 DE 16/08/19<br>Medico Especialista en Salud Ocupacional | Firma Trabajador<br>C.C. No 2058 |

UMED LTDA IPS MEDICINA LABORAL maneja todos los protocolos de bioseguridad para SARS COV-2,COVID 19 segun resolucion 666 del Ministerio de Salud del 24/Abril/2020

Realice sus exámenes en instituciones medicas aprobadas por la Secretaría Distrital de salud: UMED LTDA I.P.S Salud Ocupacional

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Barrio Olaya - Bogotá D.C.
Tels.:278 5555 - 366 5291 - 239 1657
Cels: 311 265 5841 - 301 541 2992
umedltda@gmail.com- www.umedips.co