CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



Carvajal Laboratorios Ips

CARVAJAL LABORATORIO IPS S.A.S
NIT: 900152996-7

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 79482162-105682

INFORMACION GENERAL

Fecha y Lugar:	09 feb. 2023 - TUNJA	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	JULIO CESAR ARGAEZ LENIS	**Identificación:**	79482162
Género	MASCULINO **Edad:** 53	**Teléfono**	**Móvil:** 3104081924
Fecha Nacimiento:	1/03/1969	**Cargo:**	INGENIERO DE SISTEMAS
Estado Civil:	CASADO(A)	**EPS:**	FAMISANAR
Dirección	AV UNIVERSITARIA 53 155	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	UNIVERSITARIO	**AFP:**	COLPENSIONES
Empresa	PARTICULARES -	**Peso: 62 Talla: 169 IMC: 22**	

EXAMENES DE DIAGNOSTICO LABORAL REALIZADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL. USO DE PROTECCIÓN VISUAL CON LENTES U.V. USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PARA TRABAJAR, CONTROL MÉDICO OCUPACIONAL ANUAL O SEMESTRAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO CON RECOMENDACIONES

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente

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

VISUAL — PPyP

Información de Remisiones

OPTOMETRÍA

'CONSENTIMIENTO INFORMADO

Autorizo al(a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mi el exámen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es) registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del exámen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional (es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realizacion de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que realizaran el(los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomará CARVAJAL LABORATORIO IPS S.A.S para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mi en este(os) examen(es) están completas y son VERÍDICAS. Autorizo a CARVAJAL LABORATORIO IPS S.A.S para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente, manifiesto que he leido y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.
CARVAJAL LABORATORIO IPS S.A.S se acoge a las disposiciones de la ley 1581 del 2012 y al derecho reglamentario 1377 del 2013 y se responsabiliza del tratamiento de protección de datos personales'

Adriana Martínez G.
ESP. SALUD OCUPACIONAL
LIC. 1204/2013

LIGIA ADRIANA MARTINEZ GOMEZ
Médico Especialista en Salud Laboral 1204 153

JULIO CESAR ARGAEZ LENIS
Firma y cédula del Paciente

79482162