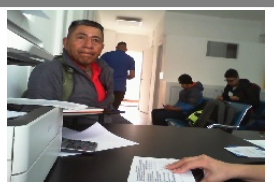
CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

ALIANZA EXÁMENES EMPRESARIALES OCUPACIONALES Y SERVICIOS MÉDICOS LTDA



ALIANZA EXAMENES
NIT: 900101623-7

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 11309971-40724

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	11/08/2023 BOGOTA D.C		**Tipo de Examen:**	EGRESO	
Paciente:	JOSELITO ROMERO CULMA		**Identificación:**	11309971	
Género	MASCULINO	**Edad:** 59	**Teléfono**		**Móvil:** 3232375097
Fecha Nacimiento:	20/04/1964		**Cargo:**	BOAL	
Estado Civil:	SOLTERO(A)		**EPS:**	COMPENSAR	
Dirección	CALLE 46 B SUR Nº 81C-84		**Escolaridad:**	BACHILLERATO	
Empresa	XIE S.A		**Área:**	No Reporta	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, SEGUIR CONTROLES POR NEUROLOGIA EPS.., DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA.

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EGRESO SATISFACTORIO
EXAMEN MEDICO CON ENFASIS EN SISTEMA OSTEOMUSCULAR .
PATOLOGIAS QUE REQUIEREN SEGUIMIENTO DE EPS

Observaciones: ESTE DOCUMENTO NO GARANTIZA QUE EL TRABAJADOR NO SEA UN PORTADOR ASINTOMATICO DE COVID 19

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

BIOMECANICO

Información de Remisiones

NUTRICION

'CONSENTIMIENTO INFORMADO
Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes para clínicos y las pruebas complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va ingresar, seguir (periódico) o de egreso de su respectiva empresa. Con las pruebas a realizar se va a conocer el estado de salud físico y mental en que me encuentro. A la fecha como mayor de edad, con nombre e identificado como aparece en este documento , actuando en pleno uso de mis facultades mentales, sin presiones de ninguna índole y en pleno conocimiento, declaro que sí deseo recibir la naturaleza de los exámenes y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias prestados por ALIANZA EXAMENES EMPRESARIALES OCUPACIONALES Y SERVICIOS MEDICOS LTDA. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anterior autorizo a ALIANZA EXAMENES EMPRESARIALES OCUPACIONALES Y SERVICIOS MEDICOS LTDA para realizar los exámenes clínicos solicitados por mi empleador y autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud entregados en físico o digitales a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que sí he tenido oportunidad de preguntar y resolver inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de los exámenes.
AUTORIZACION DE DATOS PERSONALES: Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por ALIANZA EXAMENES EMPRESARIALES OCUPACIONALES Y SERVICIOS MEDICOS LTDA de lo siguiente:
1. ALIANZA EXAMENES EMPRESARIALES OCUPACIONALES Y SERVICIOS MEDICOS LTDA actuará como responsable del tratamiento de datos personales de las cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrán recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Datos Personales de la IPS.
2. Es de carácter facultativo responder preguntas que traten sobre Datos Sensibles o sobre menores de edad.
3. Mis derechos como titular de los datos son previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales.
4. Los derechos pueden ser ejercidos a través de los canales gratuitos dispuestos por el centro médico y observando la Política de Tratamiento de Datos Personales de la IPS.
5. Para cualquier inquietud o información adicional relacionada con el tratamiento de datos personales, puedo contactarme al correo electrónico gerencia@alianzaexamenes.com.
La IPS garantiza la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservan el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento. Cualquier cambio será informado y publicado oportunamente. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explicita, informada e inequívoca a ALIANZA EXAMENES EMPRESARIALES OCUPACIONALES Y SERVICIOS MEDICOS LTDA para tratar mis datos personales de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales de la compañía y para los fines relacionados con su objeto social y en especial para fines legales, contractuales, comerciales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales de la IPS. La información obtenida para el Tratamiento de mis Datos Personales la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.
'

Dr. David Calle.
MEDICO ESP. EN SALUD OCUPACIONAL
C.C. 80.088.066. R.M. 1190 07/02/2012.
Lic. Salud. Ocup. RES. 3757 de 31/03/2016

JUAN DAVID CALLE CARDOZO 3757 119007

Médico Especialista en Salud Laboral

JOSELITO ROMERO CULMA 11309971

Firma y cédula del Paciente

DE: Oscar David Vargas Galindo

CARGO: Representante Legal

PARA: Joselito Romero Culma

CARGO: Boal

FECHA: 09 de agosto de 2023

ASUNTO: ORDEN DE PRÁCTICA DE EXAMEN DE RETIRO OCUPACIONAL.

Dando cumplimiento a lo establecido en el código sustantivo del trabajo, me permito notificarle que a partir de la fecha dispone de 5 (cinco) días para presentarse a la práctica del correspondiente **EXAMEN MEDICO DE RETIRO OCUPACIONAL. EN EL ALIANZA EXAMENES MEDICOS EMPRESARIALES OCUPACIONALES Y SERVICIOS MEDICOS LTDA TELEFONO 2174450-70**
Finalizado tal tiempo sin que usted presente el correspondiente certificado de práctica del examen médico, se entenderá que renuncia a la práctica de tal librando de responsabilidad a su empleador, ya que es su voluntad no practicarse el examen Médico de retiro.

Oscar Vargas Galindo
Nit: 830.061.684 - 1
Cargo: Representante Legal

Joselito Romero Culma
Cedula: 11.309.971
Cargo: Boal

expongo personal mente.
bajo Juramento que fui desti-
do de mi empleo anteriormente, "de
terminar tratamiento con Medicos
neurologo Ortopedo Psi Quedando
libre y expontaneamente
para realizar ante una Oficina
Judicial.

Carrera 11 No. 134B – 33 Bogotá, Colombia
Tel: 6270081
xie.kennedy.621@gmail.com