CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

FECHA 13 DE ABRIL DEL 2024 **TIPO DE EXAMEN Y/O PARACLINICO** INGRESO
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA O LABORO PARTICULAR.

DATOS DEL TRABAJADOR O ASPIRANTE:
NOMBRE: HENAN DARÍO CASTIBLANCO QUITIAN **DOCUMENTO:** CÉDULA DE CIUDADANÍA
NUMERO: 80233020 DE BOGOTA, CUNDINAMARCA **EDAD**: 43 AÑOS. **ESTADO CIVIL** CASADO
GENERO: MASCULINO. **FECHA DE NACIMIENTO**: 25 DE SEPTIEMBRE DE 1980
ARL SURA **EPS** SALUD TOTAL EPS **CORREO ELECTRÓNICO** castasana1582e@gmail.com
TELÉFONO: 3058196587 **G. SANGUÍNEO** A+ **DIRECCION**: CARRERA 12 B 54 61 SUR **BARRIO:** TUNJUELITO
PROFESIÓN: **AUXILIAR DE ENFERMERÍA**

CONSULTA / PROCEDIMIENTOS Y/O EXAMENENES REALIZADOS:

EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL Y VISIOMETRIA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR autorizo Al Dr abajo mencionado a realizar el examen médico y/o paraclínicos ocupacionales, registrados en este documento. El profesional abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y paraclínicos ocupacionales. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y paraclínicos ocupacionales. A partir de las asesorías brindada antes de las respectivas toma de las pruebas entiendo que la realización delas pruebas es voluntaria y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes que se realizara el/los exámenes las respuestas dada por mi están completos y son verificadas. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi 8firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

OBSERVACIONES: ESTE EXAMEN SE REALIZA EN CONDICIONES DE REPOSO. EVALUACION CON ENFASIS EN ALTERACIONES OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVASCULARES

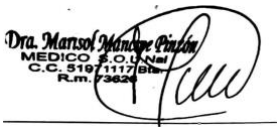
CONCEPTO DE SALUD OCUPACIONAL CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR: SIN RESTRICCION PARA EL CARGO

VISIOMETRIA: HIPERMETROPÍA CORREGIDA POR HISTORIA CLINICA

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES * CAPACITACION SEGÚN MATRIZ DE RIESGOS Y PELIGROS * HIGIENE POSTURAL* HIGIENE BIOMEDICA INTEGRAL *PAUSAS ACTIVAS LABORALES * USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL*. USO DE LENTES O GAFAS PERMANENTES *

RECOMENDACIONES MEDICAS: NINGUNA **SISTEMA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA** NINGUNA **ESTILOS DE VIDA SALUDABLE*** REALIZAR ACTIVIDAD FISICA REGULAR MENTE, MANEJO DEL ESTRÉS. **OTRAS RECOMENDACIONES** USO DE MEDIAS ANTIVARICES. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGÚN LO ESTABLECIDO POR SECRETARIA DE SALUD POR PERIODO DE PANDEMIA SARS 2 COVID 19. Los hallazgos fueron consignados en la historia clínica ocupacional que desarrolla los contenidos establecidos en la resolución 2346 de 2007.

EVALUADO POR



DRA. MARISOL MANCIPE PINZON
MEDICO RM 73626 06
LICENCIA SALUD Y SEGURIDAD 13994 16

TRABAJADOR

HENAN DARÍO CASTIBLANCO QUITIAN
C.C. 80233020 DE BOGOTA, CUNDINAMARCA

CERTIFICADO DE VISIOMETRIA

FECHA 13 DE ABRIL DEL 2024 **TIPO DE EXAMEN Y/O PARACLINICO** INGRESO
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA O LABORO PARTICULAR.

DATOS DEL TRABAJADOR O ASPIRANTE:
NOMBRE: HENAN DARÍO CASTIBLANCO QUITIAN **DOCUMENTO:** CÉDULA DE CIUDADANÍA
NUMERO: 80233020 DE BOGOTA, CUNDINAMARCA **EDAD**: 43 AÑOS. **ESTADO CIVIL** CASADO
GENERO: MASCULINO. **FECHA DE NACIMIENTO**: 25 DE SEPTIEMBRE DE 1980
ARL SURA **EPS** SALUD TOTAL EPS **CORREO ELECTRÓNICO** castasana1582e@gmail.com
TELÉFONO: 3058196587 **G. SANGUÍNEO** A+ **DIRECCION**: CARRERA 12 B 54 61 SUR **BARRIO:** TUNJUELITO
PROFESIÓN: **AUXILIAR DE ENFERMERÍA**

CONSULTA / PROCEDIMIENTOS Y/O EXAMENENES REALIZADOS:

EXAMEN DE VISIOMETRIA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR autorizo Al Dr abajo mencionado a realizar el examen médico y/o paraclínicos ocupacionales, registrados en este documento. El profesional abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y paraclínicos ocupacionales. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y paraclínicos ocupacionales. A partir de las asesorías brindada antes de las respectivas toma de las pruebas entiendo que la realización delas pruebas es voluntaria y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes que se realizara el/los exámenes las respuestas dada por mi están completos y son verificadas. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi 8firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

OBSERVACIONES: ESTE EXAMEN SE REALIZA EN CONDICIONES DE REPOSO. EVALUACION CON ENFASIS EN ALTERACIONES OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVASCULARES

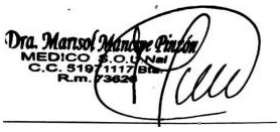
CONCEPTO DE SALUD OCUPACIONAL CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR: SIN RESTRICCION PARA EL CARGO

VISIOMETRIA: HIPERMETROPÍA CORREGIDA POR HISTORIA CLINICA

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES * CAPACITACION SEGÚN MATRIZ DE RIESGOS Y PELIGROS * HIGIENE POSTURAL* HIGIENE BIOMEDICA INTEGRAL *PAUSAS ACTIVAS LABORALES * USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL*. USO DE LENTES O GAFAS PERMANENTES *

RECOMENDACIONES MEDICAS: NINGUNA **SISTEMA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA** NINGUNA **ESTILOS DE VIDA SALUDABLE*** REALIZAR ACTIVIDAD FISICA REGULAR MENTE, MANEJO DEL ESTRÉS. **OTRAS RECOMENDACIONES** USO DE MEDIAS ANTIVARICES. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGÚN LO ESTABLECIDO POR SECRETARIA DE SALUD POR PERIODO DE PANDEMIA SARS 2 COVID 19. Los hallazgos fueron consignados en la historia clínica ocupacional que desarrolla los contenidos establecidos en la resolución 2346 de 2007.

EVALUADO POR



DRA. MARISOL MANCIPE PINZON
MEDICO RM 73626 06
LICENCIA SALUD Y SEGURIDAD 13994 16

TRABAJADOR

HENAN DARÍO CASTIBLANCO QUITIAN
C.C. 80233020 DE BOGOTA, CUNDINAMARCA

Bogotá D.C., 07/08/2024

Señores
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.
Ciudad

ASUNTO: COMPROMISO CARGUE DE DOCUMENTO (S) – PENDIENTES EN PLATAFORMA TRANSACCIONAL SECOP II, CONFORME A LA LISTA DE VERIFICACION DE REQUISITOS.

Cordial saludo,

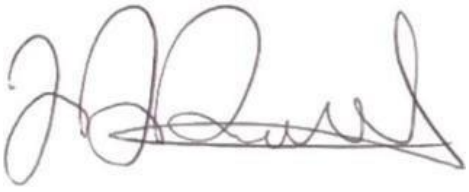
Yo, HERNAN DARIO CASTIBLANCO QUITIAN, identificado (a) con cédula de ciudadanía 80233020 de BOGOTA, me comprometo a hacer entrega del (los) documento(s) que relaciono a continuación:

1.VISIOMETRIA
2. VACUNA DE LA INFLUENZA
3.NO APLICA
4. NO APLICA
5. NO APLICA

Los cuáles serán cargados en SECOP II, Ítem No 7 “Ejecución del contrato”

Lo anterior será cargado y notificado al supervisor a mas tardar dentro de los 45 días de la legalización contractual

Atentamente,



FIRMA

NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS:HERNAN DARIO CASTIBLANCO QUITIAN
NÙMERO DE CÈDULA:80233020
DIRECCIÓN:CRA 12 B # 54 – 61 SUR
TELEFONO:3058196587
CORREO ELECTRÓNICO:CASTASANA1582E@GMAIL.COM

Nota de la Subred: LOS DOCUMENTOS PENDIENTES deberán ser renombrados como aparece en la lista de chequeo “CO-OPS-FT-07 VERIFICACIÓN DE REQUISITOS PARA CONTRATACIÓN PERSONA NATURAL- ÁREA ASISTENCIAL” ó “CO-OPS-FT-37 VERIFICACION REQUISITOS CONTRATACION PERSONA NATURAL-ADMINISTRATIVO Y OTRAS DEPENDENCIAS” según aplique (ejemplo: **3. certificación bancaria**) **y dar cumplimiento** dentro de los cuarenta y cinco (45) días de la legalización contractual entre las partes. Así mismo notificado al supervisor de contrato.