CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

ZONAMEDICA
Nit. 900170994-9



ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Certificado de aptitud: 80236244-672711

SEDE AUTOPISTA NORTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	19 feb. 2024 - BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	ROGER ALFONSO CASAS PRIETO	**Identificación:**	80236244
Género	MASCULINO **Edad:** 43	**Teléfono**	NA **Móvil:** 3208472456
Fecha Nacimiento:	6/02/1981	**Cargo:**	GEOLOGO
Estado Civil:	CASADO(A)	**EPS:**	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección	CL 4 1 A 10 ESTE	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	POSTGRADO	**AFP:**	COLPENSIONES
Empresa	PARTICULARES -		

AREA: No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

OPTOMETRÍA	CONTROL ANUAL
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL	HABITOS DE VIDA SALUDABLES, USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ADOPTADOS Y ADAPTADOS POR EL EMPLEADOR, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, Y CONTROL MÉDICO OCUPACIONAL PERIÓDICAMENTE.
GLICEMIA	REALIZADO
PERFIL LIPIDICO	REALIZADO
ANEXO OSTEOMUSCULAR	PAUSAS ACTIVAS LABORALES AUMENTO DE ACTIVIDAD FISICA CONTROL DE PESO.
ANEXO CARDIOVASCULAR	CONTROL NUTRICIONAL Y AUMENTO DE ACTIVIDAD FISICA.
TEST DE RUFFIER DICKSON	CONTROL DE PESO AUMENTO DE ACTIVIDAD FISICA

CONCEPTO LABORAL

APT0 PARA CARGO A DESEMPEÑAR

Observaciones: MANTENER UNA BUENA HIGIENE POSTURAL. HACER ACTIVIDAD FÍSICA REGULARMENTE.REALIZAR CONTROL NUTRICIONAL POR EPS.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

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

NO

Información de Remisiones

NO

'CONSENTIMIENTO
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 he recibido la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y para clínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.

De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para realizarme los exámenes clínicos y para clínicos solicitado por mi empleador o entidad pertinente y 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.

LEY HABEAS DATA:
En cumplimiento de la ley estatutaria 1581 de octubre de 2012 , autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos.
'

'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 he recibido la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y para clínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.
De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para realizarme los exámenes clínicos y para clínicos solicitado por mi empleador o entidad pertinente y 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.
LEY HABEAS DATA: En cumplimiento de la ley estatutaria 1581 de octubre de 2012, autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos
'

Dr. Ricardo Arenas Amaya
Médico Cirujano UIS
R.M. 1659/91
Registro Salud Ocupacional
Reg. 11120

Médico Especialista en Salud Laboral
LUIS RICARDO ARENAS AMAYA
R.M: 1659/91 Lic 11120/10/2014



Firma y cédula del Paciente
ROGER ALFONSO CASAS PRIETO
80236244