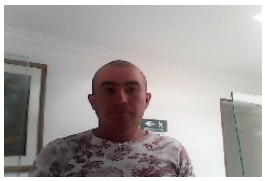
CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

DR. CARLOS ARTURO CANTOR HERRERA
MD. UNIVERSIDAD NACIONAL
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL U.M.B.



DR. CARLOS A CANTOR H
NIT: 2993727
LSO - 2969/19

EXAMEN MEDICO Y ANEXO OSTEOMUSCULAR
Certificado de aptitud: 1003479663-48914

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	12 feb. 2024 - CHIA	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	JOSE MAURICIO CARDENAS SANCHEZ	**Identificación:**	1003479663
Género	MASCULINO **Edad:** 32	**Teléfono**	3224069558 **Móvil:** 3224069558
Fecha Nacimiento:	14/12/1991	**Cargo:**	JARDINERO
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**EPS:**	SANITAS S.A.
Dirección	CRR 8 # 2 - 42	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	PRIMARIA	**AFP:**	PORVENIR S.A.
Empresa	R Y D JARDINEROS S.A.S	**AREA: No Reporta**	
Empresa en Misión:	R Y D JARDINEROS S.A.S		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRÌA	AUDIOMETRIA PERIFERICA BILATERAL DENTRO DE PARAMETROS NORMALES 1. CONTROL AUDITIVO ANUAL, 2. PAUTAS DE HIGIENE Y CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO
VISIOMETRIA	1. NO REQUIERE FORMULA OPTICA 2. PROTEGERSE DE LA LUZ DEL SOL 3. OFTALMOLOGIA VALORACION SEG ANTERIOR 4.CONTROL ANUAL
MEDICINA OCUPACIONAL	SATISFACTORIO.. USO DE PROTECCIÓN VISUAL CON LENTES U.V
ANEXO OSTEOMUSCULAR	SATISFACTORIO.

CONCEPTO MEDICINA LABORAL

SIN RESTRICCIONES PARA CARGO A DESEMPEÑAR

Observaciones: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO SATISFACTORIO.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

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

VISUAL	-	PPyP

Información de Remisiones

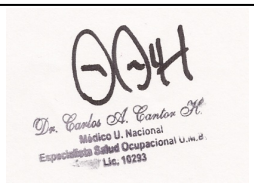
NO

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACION DE MI ESTADO DE SALUD, TODO PUEDE SER VERIFICADO Y CONFIRMADO.

'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, 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 para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos.-'



Médico Especialista en Salud Laboral
CARLOS ARTURO CANTOR HERRERA
2969

Firma y cédula del Paciente
JOSE MAURICIO CARDENAS SANCHEZ
1003479663