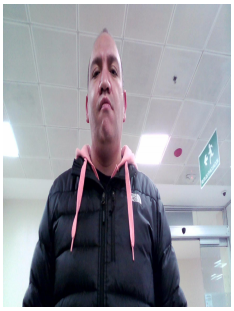
compensar | salud

CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL

Fecha Impresión: 28/10/2022, BOGOTA BOGOTÁ, D.C. Fecha documento: 28/10/2022

TIPO DE EXAMEN: EXAMEN OCUPACIONAL DE PRE-INGRESO



DATOS DE PACIENTE:

Nombre y Apellidos Paciente:	MAURICIO RINCON HERNANDEZ		
Tipo y Nro. de Identificación:	CC 1023865191	Género:	Masculino
Edad:	36 Años	Fecha de Nacimiento:	17/09/1986
Empresa:			
Actividad económica:			
Cargo u oficio:	CONTRATISTA	Tipo de Cargo:	Administrativo
Fecha de Ingreso:	//		

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

Laboratorios: No

Valoraciones Complementarias: ENFASIS OSTEOMUSCULAR Optometría

CALIFICACIÓN CONCEPTO DE APTITUD: SIN RESTRICCIONES

OBSERVACIONES:
DIETA HIPOCALORICA, BAJA EN GRASAS SATURADAS DE TIPO FRITURAS Y GRASAS ANIMALES
DIETA CON NO MAS DE 1500 MG DE SAL
ADOPTAR POSTURAS CON COLUMNA ERECTA.

RECOMENDACIONES AL TRABAJADOR:

ESTILO DE VIDA Y HÁBITOS ALIMENTICIOS SALUDABLE	DIETA HIPOCALORICA Y EJERCICIO
HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA	ADOPTAR Y CORREGIR HABITOS POSTURALES
CONTROL MÉDICO PERIÓDICO ANUAL	SEGUN SGSST
CONTROL PERIÓDICO CON OPTOMETRÍA	ANUAL

RECOMENDACIONES A LA EMPRESA:

MEDIDAS ERGONÓMICAS EN EL PUESTO DE TRABAJO	HIGIENE POSTURAL
PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL	ADOPTAR PROGRAMA

RESTRICCIONES: No

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Yo MAURICIO RINCON HERNANDEZ Identificado con CC 1023865191 Autorizo de manera voluntaria al personal médico y paramédico que la institución defina para que se me realicen durante el tiempo necesario el exámen médico ocupacional y los exámenes complementarios a que haya lugar y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización del examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios,

PROGRAMA COMPENSAR EPS APROBADO RESOLUCIÓN 0166
PLAN COMPLEMENTARIO APROBADO RESOLUCIÓN 1221
VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario 6220870 - Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional 018000 110522
VIGILADO SuperSubsidio

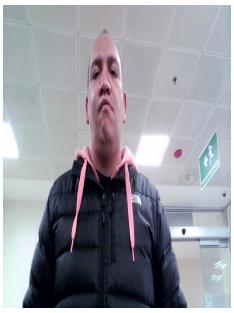
compensar | salud

CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL

Fecha Impresión: 28/10/2022, BOGOTA BOGOTÁ, D.C. Fecha documento: 28/10/2022

TIPO DE EXAMEN: EXAMEN OCUPACIONAL DE PRE-INGRESO

DATOS DE PACIENTE:



Nombre y Apellidos Paciente:	MAURICIO RINCON HERNANDEZ		
Tipo y Nro. de Identificación:	CC 1023865191	Género:	Masculino
Edad:	36 Años	Fecha de Nacimiento:	17/09/1986
Empresa:			
Actividad económica:			
Cargo u oficio:	CONTRATISTA	Tipo de Cargo:	Administrativo
Fecha de Ingreso:	//		

interpretación, limitaciones y riesgos del exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el (los) profesional(es).
Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que Compensar dé a la misma. Así mismo dejo constancia que conozco los resultados de esta(s) evaluación(s) médica.
Autorizo que se suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para las gestiones y cumplimiento del Sistema de Seguridad y Salud en el trabajo.

PROGRAMA COMPENSAR EPS APROBADO RESOLUCION 0168
PLAN COMPLEMENTARIO APROBADO RESOLUCION 0371
VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario 4500870. Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional 018000110383
VIGILADO SuperSubsidio

compensar | salud

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Manifiesto que de conformidad con el artículo 12 de la Ley 1581 de 2012 de la República de Colombia, COMPENSAR me ha informado lo siguiente:
Mis datos personales serán tratados manual o electrónicamente para los fines señalados a continuación. Dentro de los datos personales que proporciono a COMPENSAR se encuentran en mi historia clínica ocupacional, mis huellas dactilares, fotos, resultados de exámenes médicos derivados del examen de ingreso, egreso, seguimientos periódicos requeridos por Salud Ocupacional, así como información sensible sobre miembros de mi grupo familiar y menores de edad.
En mi condición de titular de los datos personales, tengo los siguientes derechos además de los previstos en la Constitución, en la ley y sus normas reglamentarias:
a) Conocer, actualizar y rectificar mis datos personales frente a los responsables o encargados del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros frente a datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados o que induzcan a error.
b) Solicitar prueba de la autorización otorgada al Responsable o encargados del tratamiento, excepto cuando expresamente no sea un requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la ley 1581 de 2012.
c) Ser informado por el Responsable o el encargado del tratamiento previa solicitud, respecto del uso que le ha dado a sus datos personales.
d) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la citada ley y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen;
e) Revocar mi autorización y/o solicitar la eliminación del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales.
f) Acceder en forma gratuita a mis datos personales que hayan sido suministrados a COMPENSAR.

También he sido informado que COMPENSAR es el responsable del tratamiento de los datos personales suministrados y que su sede principal está ubicada en la Avenida 68 No. 49 A-47, contacto electrónico www.compensar.com y su número telefónico es 4280666. Adicionalmente, manifiesto que COMPENSAR ha puesto en mi conocimiento su política de tratamiento de datos Personales y a través de ella también me ha informado las finalidades para las cuales serán tratados mis datos personales, la cual está disponible en www.compensar.com y me comprometo a leer, estudiar, respetar y aplicar.
Teniendo en cuenta lo anterior, de manera expresa e informada, AUTORIZO a COMPENSAR para que recolecte y trate mis datos personales (incluso mis datos sensibles) para fines laborales y en particular para aquello relacionado con cuestiones de orden legal o contractual por el tiempo que sea necesario para alcanzar dicha finalidad o el máximo legal permitido. Esta autorización comprende la información que suministro verbalmente o por escrito (historia clínica, hoja de vida, formatos, etc.) con ocasión de los procesos de selección, y vinculación como trabajador para los siguientes fines: consultar, compartir, divulgar, reproducir, entregar, suministrar, publicar, cruzar, informar, actualizar, rectificar, recolectar, circular, usar, suprimir datos, tramitar, obtener, almacenar, gestionar, recaudar, legalizar, desembolsar, acceder, vincular, enviar, postular, recolectar, difundir, reembolsar, disponer, sistematizar, hacer estudios de mercado, investigaciones estadísticas, evaluar, realizar campañas de promoción, y suministrar la información objeto de tratamiento a los terceros que se requieran para efectos de consolidar, promocionar, verificar y fidelizar; para gestionar procesos internos de clima, desempeño, formación y desarrollo; para generar informes, analizar información y
gestionar procesos propios del desarrollo del talento humano; entregar la información a proveedores para la actualización de información en las plataformas tecnológicas que dan soporte a los procesos de COMPENSAR; y en general para dar cumplimiento a la normatividad en materia de salud ocupacional - salud laboral.

PROGRAMA COMPENSAR EPS APROBADO RESOLUCIÓN 0166
PLAN COMPLEMENTARIO APROBADO RESOLUCIÓN 0271
VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario 460870 - Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional: 018000 110383

Nombre: RIVERA GARCIA CRHISTIAN DENNY
Registro 19383868
L.S.O.

Firma Profesional

LSO: 3588/2019

Nombre: MAURICIO RINCON HERNANDEZ
C.C. 1023865191

Firma aspirante o trabajador

Índice izquierdo

VIGILADO SuperSubsidio