



SOLUCIONES MEDICAS EMPRESARIALES LTDA
 NIT: 900146367

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
 Certificado de aptitud: 79979958-211739

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	07/12/2021 - BOGOTÁ D.C	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	PABLO VARGAS ALVAREZ	Identificación:	79979958
Género:	MASCULINO	Edad:	43
Fecha Nacimiento:	24/10/1978	Móvil:	3017722213
Estado Civil:	SOLTERO(A)	Teléfono:	
Dirección:	CRR 17 # 32 A 44	Cargo:	CONSERVADOR DE COLECCIONES
Escolaridad:	UNIVERSITARIO	EPS:	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Empresa:	PARTICULAR	ARL:	POSITIVA
		AFP:	INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES

EXAMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL

EXAMEN PERIODICO ANUAL, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGUN LA EXPOSICION, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO ANTES, DURANTE Y DESPUES DE LA JORNADA LABORAL. AL MOMENTO DE ESTE EXAMEN FISICO NO PRESENTA PATOLOGIA ALGUNA QUE PUEDA INTERVENIR CON LA PANDEMIA ACTUAL DE COVID-19, DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA.

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

CUMPLE CON LOS REQUISITOS PARA EL CARGO

Observaciones: DURANTE LA ATENCION SE UTILIZARON LOS EPP PARA COVID-19 DEL PERSONAL MEDICO EN CONSULTA EXTERNA, QUE INCLUYE BATA, TAPABOCAS QUIRURGICO, GUANTES, CARETA, ADEMAS SE REALIZA LAVADO DE MANOS EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS POR LA OMS. SE SOLICITO AL PACIENTE CUMPLIR CON LAS MEDIDAS DE PREVENICION PORTANDO TAPABOCAS ADECUADAMENTE E HIGIENIZACION DE LAS MANOS SEGUN LA NORMA, TODO ESTO CON EL FIN DE CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS DURANTE LA PANDEMIA.

Tipo de Restricción

Condiciones, Factores, Agentes Asociados

Permanente

NO

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

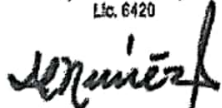
NO

Información de Remisiones

NO

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 SI he recibido toda la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y paraclínicos 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 la IPS para realizarme los exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador o entidad remitente, para realizar la toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales y a 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. En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 del 17 de octubre de 2012, autorizo a la IPS para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos. Las respuestas dadas por mí están completas y son verídicas. Firmo para constancia.

Helda Núñez Juviano
 M.D. Esp. SGSSS Salud Ocupacional
 Lic. 6420






HELDA PATRICIA NUÑEZ JUVIANO

PABLO VARGAS ALVAREZ

79979958

Firma y cédula del Paciente

6420de2013 2697

Médico Especialista en Salud Laboral