CLÍNICA FAME IPS SA
NIT: 900009347
Código Prestador: 170010173801
Ciudad Manizales
Carrera 21 # 23-26 MANIZALES CALDAS
clinicafameips@hotmail.com
Tel: 8821222
Cel: 3213788012

Clínica Fame I.P.S S.A.
Tu salud en manos de excelente seres humanos

CERTIFICADO

Fecha y hora: 12-10-2024 07:51 AM
Identificación: CC 6950302
Paciente: LUIS ENRIQUE MONTERO MENDEZ
Entidad: Nueva Empresa Promotora De Salud S.A. Sigla Nueva Eps S.A.

Certificado:
CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

CONCEPTO DE APTITUD: Aplica para EXAMEN DE INGRESO CON EL CONSORCIO ING SAMAR 2024
CARGO: AYUDANTE

Sin limitaciones para el cargo: X
Con limitaciones para el cargo:

CONCEPTO DE APTITUD APOYADO EN EL PERFIL PARA EL CARGO:SI_X__ NO___

EL CONCEPTO DE APTITUD SE EMITIO A PARTIR DE: (Marcar con un equis (x) los que aplique)

EXAMEN MEDICO:
Tamizaje de Audiometría:SATISFACTORIO
Tamizaje de Espirometría:
Tamizaje de Visiometría: SATISFACTORIO
Examen Optométrico:
Electrocardiograma:
Evaluación Osteomuscular: SATISFACTORIO
Evaluación Dermatológica: SATISFACTORIO
Evaluación Trabajo en Alturas: SATISFACTORIO
Evaluación Manipulación de alimentos:
Evaluación Cardiovascular: SATISFACTORIO
Evaluación Abdominal: SATISFACTORIO

EXAMEN DE RETIRO: Sospecha de: (Marque con una equis (x) según corresponda)

Secuela Accidente laboral no reportado: NO
Enfermedad Profesional: NO
Enfermedad común agravada por el trabajo: NO
SE ENTREGA REMISIÓN PARA LA EPS: NO

Clínica Fame I.P.S SA.
Tu salud en manos de excelente seres humanos

CLÍNICA FAME IPS SA
NIT: 900009347
Código Prestador: 170010173801
Ciudad Manizales
Carrera 21 # 23-26 MANIZALES CALDAS
clinicafameips@hotmail.com
Tel: 8821222
Cel: 3213788012

CERTIFICADO

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA SUGERIDOS: NINGUNO

EXAMEN LABORAL DE: INGRESO
SATISFACTORIO PARA REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS
RECOMENDACIONES USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL,CUMPLIR CON LOS REGLAMENTOS DE SST, INFORMAR CAMBIOS DE SALUD Y ACCIDENTES LABORALES, NO SE EVIDENCIAN HERNIAS NI EVENTRACCIONES EN ESTE ESTUDIO, HIGIENE POSTURAL. ACATAR NORMAL DE SEGURIDAD, PAUSAS ACTIVAS, NIEGA EPILEPSIAS Y CONVULSIONES.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: autorizo al (a/el)Doctor(a) abajo mencionado (a) a realizar en mi, examen y/o paraclinico(s) ocupacional(es), registro en este documento, (el) (la)Doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza, el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y los riesgos para el exámen médico y/o paraclinico(s) ocupacional (es) a partir de la respectiva historia clinica antes de la respectiva toma de pruebas.Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que realizara el (los) exámenes.Fui informado de las medidas que tomará la institución para proteger la confidencialidad de los resultados, las respuestas dadas por éstas son verídicas y son completas, autorizo a la entidad para que suministre a mi empresa donde trabajo y/o entidades contempladas en la legislación vigente para que suministre éste documento para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional y para las situaciones que lo ameritan.

Profesional que realizó el certificado:

Dr. Juan de J. Ospina A.
Especialista en Gerencia
de Salud Ocupacional
Reg Dptal 1179 Reg Nal 8740

- 6950302

Juan de Jesus Ospina Aguirre
CC: 10084706 **RM: 8440**
SALUD OCUPACIONAL