CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



SOLUCIONES MEDICAS EMPRESARIALES LTDA
NIT: 900146367

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 79645414-165520

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	10 ago. 2024 - BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	OSCAR FERNANDO VALENCIA HERNANDEZ	**Identificación:**	79645414
Género	MASCULINO **Edad:** 50	**Teléfono**	4049405 **Móvil:** 3004124242
Fecha Nacimiento:	10/01/1974	**Cargo:**	MEDICO
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	SUSALUD - COMPAÑIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD S.A
Dirección	TV 93 # 22 D- 35 CASA 108	**ARL:**	SURA
Escolaridad:	UNIVERSITARIO	**AFP:**	PROTECCION S.A.
Empresa	PARTICULAR VIP	**AREA: No Reporta**	
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	PARTICULAR		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	VISIOMETRIA : AGUDEZA VISUAL NORMAL CON CORRECCION , REQUIERE USO DE CORRECCION VISUAL, CONTROL PERIODICOO ANUAL POR OPTOMETRIA , 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.

CONCEPTO LABORAL

CUMPLE CON LOS REQUISITOS PARA EL CARGO

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

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

NO

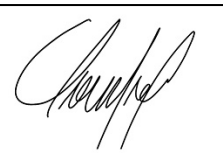
Información de Remisiones

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 mi están completas y son verídicas. Firmo para constancia.

Keybel Araujo
Lic. 6462 S.O

Médico Especialista en Salud Laboral
KEYBEL JANNETH ARAUJO RODRÍGUEZ
6462 - 31/05/2016 0331- 28/02/



Firma y cédula del Paciente
OSCAR FERNANDO VALENCIA HERNANDEZ
79645414