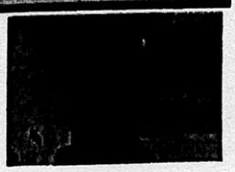
CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



EXÁMENES PARA: SALUD OCUPACIONAL LABORATORIO CLÍNICO LICENCIA DE CONDUCCIÓN

PROFESIONALES DE LA SALUD VILLA MAYOR
CRC PROFESIONALES DE LA SALUD VILLA MAYOR SAS

NIT: 900708180-2

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1032476523-54388

INFORMACION GENERAL

Fecha y Lugar:	27/02/2023 - BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	FELIPE ANDRES BRICEÑO CARDENAS	**Identificación:**	1032476523
Género	MASCULINO **Edad:** 27	**Teléfono**	0 **Móvil:** 3057001147
Fecha Nacimiento:	17/11/1995	**Cargo:**	TECNOLOGO EN SANEAMIENTO AMBIENTAL
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección	CALLE 48 SUR # 31 19	**ARL:**	SURA
Escolaridad:	UNIVERSITARIO	**AFP:**	PORVENIR S.A.
Empresa	PARTICULAR -		

EXAMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRÍA	Exámen auditivo satisfactorio, se sugiere control auditivo anual, seguir pautas de cuidado e higiene auditivo
VISIOMETRÍA	PAUTAS DE HIGIENE VISUAL; USO FILTRO U.V; EPP VISUAL; CONTROL ANUAL
MEDICINA OCUPACIONAL	HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL.

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO

Observaciones: ESTE EXAMEN SE REALIZA EN CONDICIONES DE REPOSO. NO SE EVIDENCIA LIMITACIÓN O RIESGO PARA QUE EL TRABAJADOR REALICE MOVIMIENTOS REPETITIVOS PROLONGADOS. EVALUACION CON ENFASIS EN ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES.
PACIENTE NIEGA SINTOMAS RELACIONADOS CON INFECCION POR COVID 19 Y NIEGA CUALQUIER RIESGO DE NOCION DE CONTAGIO RELACIONADA.
CIRCULAR 030/2020 MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL
AL EXAMEN FISICO NO SIGNOS CLINICOS DE INFECCION POR COVID 19.

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 mi están completas y son verídicas. Firmo para constancia.

Dr. Alexei Rodriguez Bernal
Médico Especialista SST
RM. 1024455
Lic. SO. 346 12/01/2013

Felipe A.

ALEXEI RODRIGUEZ BERNAL 346 12/01/2023 1024455
Médico Especialista en Salud Laboral

FELIPE ANDRES BRICEÑO CARDENAS 1032476523
Firma y cédula del Paciente

CRC PROFESIONALES DE LA SALUD VILLA MAYOR SAS
Nit. 900.708.180 - 2
Transv. 35 # 32B - 36 Sur
Tels. 713 86 36 - 561 45 55

Powered by CamScanner