

SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS EN SALUD OCUPACIONAL

Dr. REGULO RAMIREZ.
Médico Especialista en Salud Ocupacional
Registro. Licencia. 25-0772 RM:3668

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL PARA:

(En cumplimiento de lo estipulado en la NTC 4115 y las resoluciones 2346/2007, 1918/2009, 1409/2012)

INGRESO	X	PERIODICO	EGRESO	ESP.CONFINADOS	TRAB. ALTURAS	MAN. ALIMENTOS
---------	---	-----------	--------	----------------	---------------	----------------

FECHA: 22/02/2023	CC: 80926842	
NOMBRE: VICTOR ALFONSO GOMEZ CORTES	SEXO: MASCULINO	
EDAD: 37 AÑOS	CARGO: CONTRATISTA	
EMPRESA: INDEPENDIENTE	NIT:	

Hacemos constar que en la fecha hemos examinado al aspirante suscrito del examen ocupacional solicitado por ustedes con el siguiente resultado de la valoración médica:

EXAMENES PRACTICADOS

EXAMEN	SI/NO	RESULTADOS
MEDICO OCUPACIONAL	SI	SIN ALTERACIONES
AUDIOMETRIA		
VISIOMETRIA		
PERFIL LIPIDICO		
OSTEOMUSCULAR	SI	SIN ALTERACIONES

LABORATORIO CLINICO

HEMOGRAMA: NO	GLICEMIA: NO	SEROLOGIA: NO
COLESTEROL TOTAL: NO	HDLC: NO	LDLC: NO
TRIGLICERIDOS: NO		
EKG: NO		

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES	X	NO APTO
APTO CON RESTRICCIONES		APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS
EGRESO: SIN ENF LABORAL		APTO PARA TRABAJAR EN ESP. CONFINADOS
TIPO DE RESTRICCION: NINGUNA.		

RECOMENDACIONES GENERALES

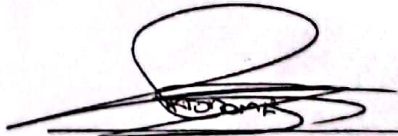
INDUCCION AL CARGO, USO DE ELEMENTOS PERSONALES DE PROTECCION, PAUTAS DE AUTOCUIDADO, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS DURANTE 5 MINUTOS CADA 2 HORAS, CAPACITACION EN MANEJO DE CARGAS, ERGONOMIA Y CONTROL DE ESTRÉS LABORAL, CHARLAS PARA PREVENIR EL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL TRABAJO Y EL ACOSO LABORAL U OTROS HOSTIGAMIENTOS. MANTENER EL LUGAR DE TRABAJO EN ORDEN Y ASEO. REVISION ANUAL POR OPTOMETRIA DE EPS.

RECOMENDACIONES PERSONALIZADAS/ REMISIONES

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: AUTORIZO A EL (LA) DOCTOR (A) MENCIONADO (A) EN EL PRESENTE DOCUMENTO A REALIZAR EN MI EL EXAMEN MEDICO Y/O PARA CLINICO (S) OCUPACIONAL (ES), REGISTRADO (S) EN ESTE CERTIFICADO. ASI MISMO DECLARO QUE SE ME HA EXPLICADO LA NATURALEZA Y EL PROPOSITO DEL EXAMEN MEDICO Y/O PARA CLINICO (S) OCUPACIONAL (ES) CONFORME A LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACION VIGENTE. RESOLUCION 2346/2007, ART 10 Y RESOLUCION 1918/2009 Y NO HE OMITIDO INFORMACION SOBRE MI ESTADO DE SALUD. HE RECIBIDO, COMPRENDIDO Y TENIDO LA OPORTUNIDAD DE ANALIZAR EL PROPOSITO, LOS BENEFICIOS, LA INTERPRETACION, LAS LIMITACIONES Y RIESGOS DEL EXAMEN MEDICO Y/O PARA CLINICO (S) OCUPACIONAL (ES). APARTIR DE LA ASESORIA PRESTADA ANTES DE LA RESPECTIVA TOMA DE LAS PRUEBAS; ENTENDIENDO QUE LA REALIZACION DE ESTA (S) PRUEBA (S) ES VOLUNTARIA Y QUE TUVE LA OPORTUNIDAD DE RETIRAR MI CONSENTIMIENTO ANTES DE QUE SE REALIZARA EL (LOS) EXAMEN (S). FINALMENTE AFIRMO QUE HE RECIBIDO Y ENTENDIDO LAS RECOMENDACIONES Y CONCEPTO LABORAL DEL PRESENTE DOCUMENTO, ACEPTANDO ADEMAS QUE ESTE EXAMEN NO TIENE VALIDES PARA LICENCIA DE CONDUCCION AUTOMOTRIZ, NI PORTE NI TENENCIA DE ARMAS.

AUTORIZACION DE TRATO DE INFORMACION: DR REGULO RAMIREZ, COMO RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACION, MANIFIESTA QUE NO COMPARTIRA, NI ENTREGARA A TERCEROS NO AUTORIZADOS EXPRESAMENTE POR EL TITULAR, LA INFORMACION DE CARÁCTER PERSONAL, MEDICA, O DE CUALQUIER INDOLE, ENTREGADA POR LOS USUARIOS DEL SERVICIO. EN CUMPLIMIENTO DE LO ESTABLECIDO POR LA LEY ESTATUTARIA 1581/2012, PARA LA PROTECCION DE DATOS PERSONALES, LA LEY ESTATUTARIA 1266/2008, CON LAS DISPOSICIONES GENERALES DEL HABEAS DATA Y LA REGULACION DEL MANEJO DE LA INFORMACION CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS PERSONALES. SOLAMENTE EL USUARIO AUTORIZA A QUE SEA CONOCIDO Y COMPARTIDO EL CONCEPTO LABORAL PRESENTE EN LA NATURALEZA DEL MISMO DOCUMENTO. AUTORIZO A REGULO RAMIREZ PARA QUE SUMINISTRE A LAS PERSONAS O ENTIDADES CONTEMPLADOS EN LA LEGISLACION VIGENTE Y PARA LAS SITUACIONES CONTEMPLADAS EN LA MISMA (Resolución 6398/91), LA INFORMACION REGISTRADA EN ESTE DOCUMENTO, PARA EL BUEN CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL. POR ULTIMO MANIFIESTO QUE HE LEIDO Y COMPRENDIDO PERFECTAMENTE LO ANTERIOR ANTES DE MI FIRMA Y QUE ME ENCUENTRO EN CAPACIDAD DE EXPRESAR MI CONSENTIMIENTO.

Dr. Regulo Ramirez
Médico Especialista en
Salud y Seguridad en el Trabajo
RM: 3668 OCUPACIONAL
Resolución: No. 25-0772



FIRMA Y CC DEL TRABAJADOR

80926842.

Bogotá D.C Carrera 21 No. 23-04 Sur Tel: 3665712