IPS GRUPO EMPRESARIAL ALESO SAS

No. Identificación 900658333-7
Dirección: CALLE 63 No. 11-45 CONS 303 - 402
Teléfono: 60146612436013099411
Email: gerencia@alesoips.com

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con énfasis en ALTURAS, OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	BOGOTA D.C. - 2025/05/23	Nro Ingreso:	20250523020155
Paciente:	JHON ALEXANDER PUELLO MONTES	CC:	1047334092
Edad:	23 años	Nombre Cliente:	B & C INGENIERIA Y SERVICIOS S A S
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Preingreso
Cargo:	AUXILIAR DE OBRA	Convenio:	CONTRATO No 20: B & C INGENIERIA Y SERVICIOS S A S: CONSOLIDADO
Origen:	0	Destino:	0
Fecha Salida:	2025-05-23 14:45:17	Fecha Atención:	2025-05-23 10:34:10
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA	GLUCOSA PRE		
ESPIROMETRIA			
OPTOMETRIA			
ALTURAS			

Certificación de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN PREINGRESO:	APTO PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	VALORACION MEDICINA LABORAL ANUAL, ESPIROMETRIA DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES
ENFASIS - ALTURAS:	APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	VALORACION MEDICINA LABORAL ANUAL, ESPIROMETRIA DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	NORMAL

Recomendaciones Generales

- [ ] Examen Periódico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realización Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Médico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

NINGUNA

Tipo Limitación: ninguna

Observación: VALORACION MEDICINA LABORAL ANUAL, ESPIROMETRIA DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presentó y diligenció el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de IPS GRUPO EMPRESARIAL ALESO SAS. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.



Jhon Puello

Profesional Ocupacional: DRA. MARINA HERRERA BENITEZ

Registro M.D: 16655

Licencia S.O: 7762/21

Firma del Paciente: JHON ALEXANDER PUELLO MONTES

Identificación: CC. - 1047334092

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com