CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

Dirreción: CALLE 134 BIS NO. 18 - 43
Teléfono: (57 1) 3099174 - 3108737604
Web: www.labintox.com
Email: labintox@hotmail.com

FECHA DE EXAMEN 2025-09-16
TIPO DE EXAMEN PERIODICO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Apellidos y Nombres ALBA QUINTERO ALEJANDRO Identificación CC Nro 79718288
Fecha de Nacimiento 1974-05-21 **Edad** 51 **Sexo** M
ARL NO REFIERE
EPS SANITAS E.P.S. S.A. **AFP** PORVENIR S.A.
Empresa GESSI ALVERA SAS
Actividad Ecónomica **Ciudad De Atencion** Bogotá, D.C.
Cargo GERENTE DIRECTOR DE PROYECTOS
Fecha Ingreso 2025-09-16 10:00:51

EXAMENES REALIZADOS

HISTORIA CLINICA AUDITIVO
HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL
HISTORIA CLINICA VISIOMETRIA

CONCEPTO Periódico Normal

OBSERVACIONES

EXAMEN MEDICO PERIODICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR.
EXAMENES COMPLEMENTARIOS DE AUDIOMETRIA Y VISIOMETRIA.
PUEDE CONTINUAR NORMALMENTE EN SU CARGO ACTUAL.

RECOMENDACIONES

OTRAS: SI

PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL. EXAMENES MEDICO OCUPACIONALES PERIODICOS SEGÚN PROFESIOGRAMA DE LA EMPRESA.
SEGUIMIENTO POR OPTOMETRIA Y NUTRICION DE SU EPS.

CONTROLES

Certifico que he comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínicos, ocupacionales que me han practicado.
Certifico que las respuestas dadas por mi, en este examen y registrado en este documento están completas y son verídicas. Entendiendo que la realización de este proceso es voluntaria y libre de toda cohersion y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento, antes de que se realizaran las pruebas. Fuí informado de las medidas que LABINTOX S.A.S tomará para proteger la confidencialidad de los resultados. Autorizo a LABINTOX S.A.S para que suministre, por cualquier medio físico o electrónico, la información registrada en este documento a las personas o entidades contempladas en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional de la empresa, de los cuales recibiré los resultados y estoy de acuerdo con el proceso. Reitero con mi firma que he leido y comprendido perfectamente lo anterior y que me encuentro en capacidad plena de expresar mi consentimiento.

René Donaldo Ramirez Enciso
Médico Laboral
Lic. S.S.T. 7503
C.C. 19.421.245

RENE DONALDO RAMIREZ ENCISO
RM: 7503
Firma y sello del médico siplasdor

ALEJANDRO
CC 79718288
Firma del trabajador siplasdo

Bogotá, D.C. - Bogotá, D.C.