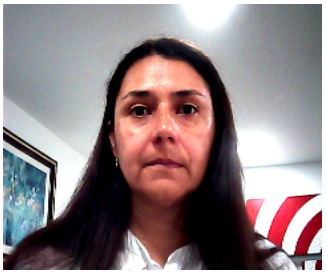
CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

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

FECHA DE EXAMEN 2024-06-26
TIPO DE EXAMEN PERIODICO



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Apellidos y Nombres VERASTEGUI PRIETO ADRIANA CAROLINA — Identificación CC Nro 52437712
Fecha de Nacimiento 1977-12-05 — **Edad** 46 — **Sexo** F
ARL COMPAÑIA SURAMERICANA ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES Y SEGURO DE VIDA - SURA
EPS SANITAS E.P.S. S.A. — **AFP** COLFONDOS
Empresa GESSI ALVERA SAS
Actividad Ecónomica — **Ciudad De Atencion** Bogotá, D.C.
Cargo ESPECIALISTA SST
Fecha Ingreso 2024-06-26 08:24:31

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN ESPIROMETRIA	HISTORIA CLINICA AUDITIVO
HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL	HISTORIA CLINICA VISIOMETRIA

CONCEPTO Periódico Normal

OBSERVACIONES

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR.
EXAMENES COMPLEMENTARIOS DE AUDIOMETRIA, VISIOMETRIA Y ESPIROMETRIA
PUEDE CONTINUAR NORMALMENTE EN SU CARDO COMO ESPECIALISTA SST.

RECOMENDACIONES

OTRAS: SI — PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE DE COLUMNA. EXAMENE MEDICO OCUPACIOANL PERIODICOS SEGÚN PROFESIOGRAMA DE LA EMPRESA.
SEGUIMIENTO POR OPTOMETRIA D ESU 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

Carolina Verasteguí P.

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

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

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

ADRIANA CAROLINA
CC 52437712
Firma del trabajador siplasdo

Bogotá, D.C. - Bogotá, D.C.