Powered by CamScanner

CLÍNICA FAME IPS SA
NIT: 900009347
Código Prestador: 170010173801
Ciudad Manizales
Carrera 21 # 23-26 MANIZALES CALDAS
clinicafameips@hotmail.com
Tel: 8821222
Cel: 3213788012

CERTIFICADO

Fecha y hora: 28-01-2025 10:27 AM
Identificación: CC 75071455
Paciente: DAVID RESTREPO GONZALES
Entidad: Salud Total Entidad Promotora De Salud Del Regimen Contributivo Y Del Regimen Subsidiado S.A.

Certificado:
CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

CONCEPTO DE APTITUD: Aplica para EXAMEN DE INGRESO CON EL SENA
CARGO: CONTRATISTA

Sin limitaciones para el cargo: X
Con limitaciones para el cargo:

CONCEPTO DE APTITUD APOYADO EN EL PERFIL PARA EL CARGO:SI_X__ NO___

EXAMEN MEDICO, PSICOLOGICO, PSICOSOCIAL, NEUROLOGICO, AUDICION, VISION, DERMATOLOGICO, RESPITATORIO, CARDIACO, OSTEOMUSCULAR Y PULMONAR SATISFACTORIO

EL CONCEPTO DE APTITUD SE EMITIO A PARTIR DE: (Marcar con un equis (x) los que aplique)

EXAMEN MEDICO:
Tamizaje de Audiometría: SATISFACTORIO
Tamizaje de Espirometría:
Tamizaje de Visiometría: SATISFACTORIO
Examen Optométrico: VALORADO POR ESPECIALISTA
Electrocardiograma:
Evaluación Osteomuscular: SATISFACTORIO
Evaluación Dermatológica: SATISFACTORIO
Evaluación Trabajo en Alturas:
Evaluación Manipulación de alimentos:
Evaluación Cardiovascular: SATISFACTORIO
Evaluacion Psicosocial: SATISFACTORIO
Evaluación Abdominal: SATISFACTORIO
LABORATORIOS : PERFIL LIPIDICO, GLICEMIA

CLÍNICA FAME IPS SA
NIT: 900009347
Código Prestador: 170010173801
Ciudad Manizales
Carrera 21 # 23-26 MANIZALES CALDAS
clinicafameips@hotmail.com
Tel: 8821222
Cel: 3213788012

CERTIFICADO

Secuela Accidente laboral no reportado: NO
Enfermedad Profesional: NO
Enfermedad común agravada por el trabajo: NO
SE ENTREGA REMISIÓN PARA LA EPS: NO
SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGÍCA SUGERIDOS: NINGUNO

EXAMEN LABORAL DE: INGRESO
SATISFACTORIO PARA REALIZAR TRABAJO ASIGNADO
RECOMENDACIONES USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL,CUMPLIR CON LOS REGLAMENTOS DE SST, INFORMAR CAMBIOS DE SALUD Y ACCIDENTES LABORALES, NO SE EVIDENCIAN HERNIAS NI EVENTRACCIONES EN ESTE ESTUDIO, HIGIENE POSTURAL. ACATAR NORMAS DE SEGURIDAD, PAUSAS ACTIVAS.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: autorizo al (a/el)Doctor(a) abajo mencionado (a) a realizar en mi, examen y/o paraclinico(s) ocupacional(es), registro en este documento, (el) (la)Doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza, el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y los riesgos para el exámen médico y/o paraclinico(s) ocupacional (es) a partir de la respectiva historia clinica antes de la respectiva toma de pruebas.Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que realizara el (los) exámenes.Fui informado de las medidas que tomará la institución para proteger la confidencialidad de los resultados, las respuestas dadas por éstas son verídicas y son completas, autorizo a la entidad para que suministre a mi empresa donde trabajo y/o entidades contempladas en la legislación vigente para que suministre éste documento para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional y para las situaciones que lo ameritan.

Profesional que realizó el certificado:

Dr. Juan de J. Ospina A
Especialista en Gerencia
de Salud Ocupacional
Reg Optal 1179 Reg Nal 8740

C.C. 75.071.455

Juan de Jesus Ospina Aguirre
CC: 10084706 **RM: 8440**
SALUD OCUPACIONAL

Powered by CamScanner