



DR. GUILLERMO ERNESTO GOELKEL CLAVIJO

MEDICO GENERAL Y ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
R.M 19193032 M.S LIC.0170105 HABILITACION S.S.B- 1100137518
UNIVERSIDAD NACIONAL



FECHA: 11/SEPTIEMBRE /2025 Examen de Ingreso Examen de Egreso Examen Periódico

NOMBRE: NUBIA BEATRIZ VILLABON RUBIANO EDAD: 60 años SEXO F

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 51.764.686 R.H. A+

EMPRESA: SUPERINTENDENCIA DE NOTARIA Y REGISTRO PESO: 78 KG

CARGO: ABOGADA

RESULTADOS EXAMENES PARACLINICOS

Espirometría		LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO		
Audiometría	X NORMAL	Cuadro Hemático IVG		Frotis Faríngeo/con cultivo
Visiometría	X MIOPIA Y	Serología		KOH Uñas
ASTIGMATISMO		Glicemia		Prueba de Embarazo
Cardiovascular	X Normal	Colesterol		Hemodasificación
Psicológico	X NORMAL	Triglicéridos		TSH
Osteomuscular	X NORMAL	Parcial de Orina		Amilasa
Vacunas	X Actualizada	Sodio		Basiloscopia
		Potasio		
		Plomo		

Impresión Diagnostica: *A la fecha hacemos constar que el trabajador fue examinado y los resultados obtenidos fueron los siguientes*

Apto Apto con Restricción No Apto Aplazado

Apto para trabajo en alturas

Concepto . APTO PARA EL CARGO

Control EPS	<input checked="" type="checkbox"/>
Usos de elementos de protección personal	<input checked="" type="checkbox"/>
Capacitaciones en la ARL y EPS	<input type="checkbox"/>
Hábitos de vida saludable	<input checked="" type="checkbox"/>

CONSENTIMIENTO INFORMADO

He comprendido el propósito; los beneficios, la interpretación y riesgos del examen médico, paraclínico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mí en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizarán las pruebas, fui informado de las medidas que el profesional ocupacional del consultorio particular, tomara para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta, los autorizo para que den a conocer, por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona o entidad, contemplada en la legislación actual vigente para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional de la empresa y de los cuales recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

Dr. Guillermo Ernesto Goelkel Clavijo
Médico General y Especialista en Salud Ocupacional
R.M. 19193032 M.S. - Universidad Nacional
Lic. 0170105 HABILITACION S.S.B-1100137518

R.M.140891

Médico Especialista en Salud Ocupacional

Trabajador

C.C.

CC51764686 BDC
Declaro que todos los datos registrados corresponde



Huella