CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



CRC PROFESIONALES DE LA SALUD VILLA MAYOR SAS
NIT: 900708180-2

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 80763351-8212

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	18/03/2019 - BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	JOHN JAIRO SANCHEZ SANCHEZ	**Identificación:**	80763351
Género	MASCULINO **Edad:** 35	**Teléfono**	0 **Móvil:** 3112441639
Fecha Nacimiento:	12/10/1983	**Cargo:**	FORMADOR DEPORTIVO
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**EPS:**	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección	CALLE 95 SUR # 10 33	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	UNIVERSITARIO	**AFP:**	NO REPORTA
Empresa	PARTICULAR		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

VISIOMETRÍA	PAUTAS DE HIGIENE VISUAL ; USO RX OPTICA DESCANSO VISUAL ; USO FILTRO U.V ; INGRESAR SVE ; CONTROL ANUAL
MEDICINA OCUPACIONAL	HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL.

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO

Observaciones: ESTE EXAMEN SE REALIZA EN CONDICIONES DE REPOSO. NO SE EVIDENCIA LIMITACIÓN O RIESGO PARA QUE EL TRABAJADOR MOVILICE CARGAS CON EL PESO ADECUADO PARA SU IMC Y SU CONDICION FISICA O PARA REALIZAR ACTIVIDADES QUE IMPLIQUEN POSTURAS FORZADAS SOSTENIDAS O MOVIMIENTOS REPETITIVOS PROLONGADOS. EVALUACION CON ENFASIS EN ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

NO

Información de Remisiones

NO

En la fecha, yo, mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que SI he recibido toda la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y paraclínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a la IPS para realizarme los exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador o entidad remitente, para realizar la toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales y a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el Informe de Condiciones de Salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 del 17 de octubre de 2012, autorizo a la IPS para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos. Las respuestas dadas por mí están completas y son verídicas. Firmo para constancia.

JIM R. SÁNCHEZ B.
Médico Cirujano
R.M.79.762.200 - S.S.S.
L.S.O. 26 04/01/2019

CRC PROFESIONALES DE LA SALUD VILLA MAYOR SAS
Nit. 900.708.180 - 2
Tels: 713 86 36 - 561 43 85

JIM ROGER SANCHEZ BENAVIDEZ — 26 04/01/2019 79762200
Médico Especialista en Salud Laboral

JOHN JAIRO SANCHEZ SANCHEZ — 80763351
Firma y cédula del Paciente



CRC PROFESIONALES DE LA SALUD VILLA MAYOR SAS
900708180-2

CERTIFICADO VISUAL

Fecha	18/03/2019	**Tipo Examen**	INGRESO
Nombre	JOHN JAIRO SANCHEZ SANCHEZ	**Cedula**	80763351
Sexo	MASCULINO **Edad** 35	**E.P.S.**	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección	CALLE 95 SUR # 10 33	**Teléfono**	0
Empresa	PARTICULAR	**Cargo**	FORMADOR DEPORTIVO

Resultado NORMAL.

Impresión Diagnóstica AMETROPIA CON CORRECCION (HIPERMETROPIA)

Recomendaciones PAUTAS DE HIGIENE VISUAL ; USO RX OPTICA DESCANSO VISUAL ; USO FILTRO U.V ; INGRESAR SVE ; CONTROL ANUAL

Dr. Edgar Fabian Barriga Cordoba
OPTOMETRA
ESPECIALISTA EN SST
CINEO 066 LSST 5861

EDGAR FABIAN BARRIGA CORDOBA	**79563576**	**JOHN JAIRO SANCHEZ SANCHEZ**	**80763351**
Firma Profesional	Registro	Firma Empleado	Cedula

CRC PROFESIONALES DE LA SALUD VILLA MAYOR SAS
Nit. 900.708.180 - 2
Transv. 35 # 32B - 36 Sur
Tels. 713 86 36 - 561 43 85