Certificado Médico Ocupacional

Código: MP-P01-R01
Versión: 05
Fecha: 12-Ago-2024



Tipo de evaluación médica ocupacional	INGRESO
Énfasis	
Fecha de realización	2025-06-26
Ciudad	BUCARAMANGA

Datos de la Empresa

Razón Social:	PARTICULAR...
Nit:	0

Datos del trabajador / Aspirante

Nombres y Apellidos:	IVONNE ALEJANDRA CAICEDO RAMIREZ	**Fecha Nacimiento:**	1998-07-07	**Edad:**	26
Tipo de documento:	CC	**No de documento:**	1098808940	**Sexo:**	F
Cargo:	SUPERVISOR COMPONENTE SOCIAL				

Exámenes Realizados

HISTORIA CLINICA (TELECONSULTA),

Concepto médico ocupacional

APTO SIN LIMITACIONES,

Restricciones y recomendaciones medico laborales

Recomendaciones de Salud

USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGUN SISTEMA DE GESTION DE LA EMPRESA , HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS , CAMBIOS DE POSTURAS.

Observaciones

RECUERDE QUE COMO TRABAJADOR Y DE ACUERDO CON EL DECRETO 1072/2015 USTED TIENE LA RESPONSABILIDAD DE: PROCURAR EL CUIDADO INTEGRAL DE SU SALUD SUMINISTRAR INFORMACIÓN CLARA Y VERAZ DE SU ESTADO DE SALUD

Ingreso a programas de vigilancia epidemiológico

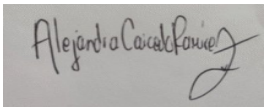
Por medio del presente documento, doy mi consentimiento informado para la realización de exámenes médicos ocupacionales, necesarios para evaluar mi estado de salud en relación con las actividades laborales que desempeño. Reconozco y acepto que dichos exámenes pueden comprender pruebas físicas, análisis de laboratorio, evaluaciones auditivas y visuales, así como cualquier otro procedimiento pertinente, los cuales me han sido explicados y comprendo plenamente. He tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y los riesgos asociados con dichos exámenes, tras recibir la debida asesoría. Asimismo, otorgo mi expresa autorización a la empresa EFISALUD SAS y a los profesionales de la salud designados por la misma, para el tratamiento de mis datos personales. Dichos datos serán recolectados, almacenados, utilizados y, si es necesario, transferidos, conforme a lo establecido en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015, la Resolución 2346 de 2007 y demás normativas pertinentes, así como de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales de EFISALUD SAS. Declaro haber sido informado de manera clara y comprensible sobre la finalidad, alcance y consecuencias del tratamiento de mis datos personales, así como sobre mis derechos como titular de los mismos, incluyendo el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición que me asisten según la legislación aplicable.

Médico



RAMIRO ANDRES CRUZ BORNACELLY
RM 1143131035

Aspirante o trabajador



CC // 1098808940