



MAXITEST IPS S.A.S.

Nit: 900292617-0

CR 10 5 A 06 FLORENCIA CAQ. PBX: 4352376 - CEL: 3137538349
BARRIO AVENIDAS



Nombre Paciente: Oscar Armando Ramirez Ruiz

Empresa: SANVISERVICIOS SVS ZOMAC SAS

Direccion: CALLE 23 NO 7-50 RICAURTE

Identificacion

1117554715

Codigo Unico Paciente:

942

Fecha Nacimiento:

7/11/1999

Página 1 de 1

Ingreso Nro.	Sexo:	Edad:	Estado Civil:	Nivel Educativo:	Ciudad:	Fecha Consulta
1045	Masculino	21	Años	Soltero	10 - 11 (Media Tecnica)	FLORENCIA
20/04/2021 08:28:24						
Objetivo:	Ingreso	E.P.S.:	COMEVA	A.R.L.:	POSITIVA	Cargo:
Contrato:			Clasificacion del Riesgo:	CLASE V	Estrato:	[2] - Bajo

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Los Resultados de Paraclínicos y Valoración del Paciente fueron consignados en una Historia Clínica Ocupacional que reposa en los archivos de Salud Ocupacional de la IPS. Y se obtuvo el siguiente result

CONCEPTO INGRESO:

<input checked="" type="checkbox"/>	APTO para el Cargo
<input type="checkbox"/>	No APTO para el Cargo
<input type="checkbox"/>	Aplazado

TRABAJOS ESPECIALES:

Alturas	
Espacios Confinados	
Manipulacion de Alimentos	

CONCEPTO EGRESO:

<input type="checkbox"/>	Satisfactoria
<input type="checkbox"/>	No Satisfactoria
Valoracion por:	E.P.S. <input type="checkbox"/> A.R.L. <input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	PERIODICO, CAMBIO DE OCUPACION O POST-INCAPACIDAD	<input type="checkbox"/> Reubicar Trabajador	<input type="checkbox"/> Continua en el Cargo
--------------------------	---	--	---

PREVENCION EN RIESGO LABORALES - VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

☐ Auditivo ☐ Visual ☐ CardioVascular ☒ Respiratorio ☒ Ergonomico ☐ Dermatologia ☐ Otros

SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES Y/O PROCEDIMIENTOS

Se Realizaron los siguientes exámenes: PRUEBA PSICOSENSOMETRICA, ADICIONAL PRUEBA PSICOLOGICA, VISIOMETRIA, AUDIOMETRIA OCUPACIONAL, GLICEMIA EN SANGRE, EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, PERFIL LIPIDICO.

DESCRIPCION RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Apto para el cargo..

RESTRICCIONES

Ninguna para el Cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

HABITOS DE VIDA SALUDABLE--

Autorizo al (a) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mi el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomará MAXITEST IPS S.A.S.. Para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son verídicas. Autorizo a MAXITEST IPS S.A.S., para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. De igual manera soy consciente y doy fe, de que me fue socializado mi estado de salud y el resultado de cada uno de mis valoraciones realizadas. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Oscar Ramirez
TERRASOFT
Firma y Huella del Paciente o Responsable



MARTHA LUZ ALTAMAR DE LOS REYES / RM: RETHUS 22639487
05/02/1997

20/04/2021 15:00:44

Generado por SGMI - TERRASOFT,
NIT: 74814574-9. www.terrasoft.co

Firma y Huella del Paciente o Responsable

Indice Derecho

Importante: Valide su certificado de aptitud en www.visionamossalud.com.co Opción SERVICIOS EN LINEA, RESULTADOS