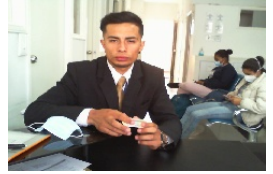


**ALIANZA EXÁMENES  
EMPRESARIALES OCUPACIONALES  
Y SERVICIOS MÉDICOS LTDA****INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

**Fecha y Lugar:** 30/03/2023 BOGOTÁ D.C.  
**Paciente:** JAIRO CAMILO TORRES BARRETO  
**Género:** MASCULINO **Edad:** 27  
**Fecha Nacimiento:** 03/11/1995  
**Estado Civil:** SOLTERO(A)  
**Dirección:** CRA 100 N° 16A-16  
**Empresa:** GLOBAL SERVICE LOGISTICS SAS

**Tipo de Examen:** INGRESO  
**Identificación:** 1016081091  
**Teléfono:**  
**Cargo:** CONDUCTOR (A)  
**EPS:** SANITAS  
**Escolaridad:** BACHILLERATO

**Móvil:** 3227713159

**EXÁMENES REALIZADOS**

Exámenes	Resultados	Valores de Referencia	Notas
903841 - GLICEMIA	75.8 mg/dl	70 - 105 mg/dl	
MÉTODO:	Enzimático colorimétrico		
903818 - COLESTEROL TOTAL	158 mg/dl	Valores de Referencia tomados de ATP III. Deseable: Menor de 200 mg/dl. Límite superior: 200 - 239 mg/dl. Alto: Mayor de 240 mg/dl	
MÉTODO:	Enzimático colorimétrico		
903868 - TRIGLICÉRIDOS	71 mg/dl	Valores de Referencia tomados de ATP III. Normal: Menor de 150 mg/dl. Límite alto: 150 - 199 mg/dl. Alto: 200-499 mg/dl. Muy alto: Mayor 500 mg/dl	
MÉTODO:	Enzimático colorimétrico		

Elsa Jeaneth Pardo P.  
Bacteriologa Uniandes  
Reg. 51.628.324

ELSA JEANETH PARDO PEDRAZA

51628324

JAIRO CAMILO TORRES BARRETO

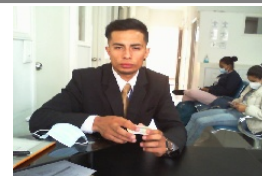
1016081091

Profesional

Firma y cédula del Paciente

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

## ALIANZA EXÁMENES EMPRESARIALES OCUPACIONALES Y SERVICIOS MÉDICOS LTDA



ALIANZA EXAMENES  
NIT: 900101623-7

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL  
Certificado de aptitud: 1016081091-39338

### INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	30/03/2023	BOGOTÁ D.C	Tipo de Examen:	INGRESO	
Paciente:	JAIRO CAMILO TORRES BARRETO		Identificación:	1016081091	
Género:	MASCULINO	Edad: 27	Teléfono:		Móvil: 3227713159
Fecha Nacimiento:	03/11/1995		Cargo:	CONDUCTOR (A)	
Estado Civil:	SOLTERO(A)		EPS:	SANITAS	
Dirección:	CRA 100 N° 16A-16		Escolaridad:	BACHILLERATO	
Empresa:	GLOBAL SERVICE LOGISTICS SAS		Área:	No Reporta	

### EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRÍA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. CONDUCIR CON VENTANA DE O.I ENTRECERRADA, 4. REPOSO AUDITIVO AL FINALIZAR JORNADA LABORAL.
VISIOMETRÍA	1. NO NECESITA CORRECCION OPTICA 2. CONTROL ANUAL VISIOMETRÍA
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL
903818 - COLESTEROL TOTAL	
903868 - TRI GLICERIDOS	
903841 - GLUCEMIA	

### CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO A LA FECHA PARA DESEMPEÑAR EL CARGO  
EXAMEN MEDICO CON ENFASIS EN SISTEMA OSTEOMUSCULAR

Observaciones: ESTE DOCUMENTO NO GARANTIZA QUE EL TRABAJADOR NO SEA UN PORTADOR ASINTOMATICO DE COVID 19

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
---------------------	--	------------

NO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

BIOMECANICO

### Información de Remisiones

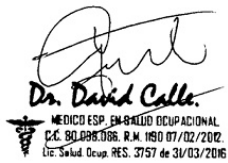
NO

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes para clínicos y las pruebas complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va ingresar, seguir (periódico) o de egreso de su respectiva empresa. Con las pruebas a realizar se va a conocer el estado de salud físico y mental en que me encuentro. A la fecha como mayor de edad, con nombre e identificado como aparece en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, sin presiones de ninguna índole y en pleno conocimiento, declaro que sí deseo recibir la naturaleza de los exámenes y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias prestados por ALIANZA EXAMENES EMPRESARIALES OCUPACIONALES Y SERVICIOS MEDICOS LTDA. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anterior autorizo a ALIANZA EXAMENES EMPRESARIALES OCUPACIONALES Y SERVICIOS MEDICOS LTDA para realizar los exámenes clínicos solicitados por mi empleador y autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud entregados en físico o digitales a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que sí he tenido oportunidad de preguntar y resolver inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de los exámenes.

AUTORIZACION DE DATOS PERSONALES: Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por ALIANZA EXAMENES EMPRESARIALES OCUPACIONALES Y SERVICIOS MEDICOS LTDA de lo siguiente:

1. ALIANZA EXAMENES EMPRESARIALES OCUPACIONALES Y SERVICIOS MEDICOS LTDA actuará como responsable del tratamiento de datos personales de las cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrán recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Datos Personales de la IPS.
2. Es de carácter facultativo responder preguntas que traten sobre Datos Sensibles o sobre menores de edad.
3. Mis derechos como titular de los datos son previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales.
4. Los derechos pueden ser ejercidos a través de los canales gratuitos dispuestos por el centro médico y observando la Política de Tratamiento de Datos Personales de la IPS.
5. Para cualquier inquietud o información adicional relacionada con el tratamiento de datos personales, puedo contactarme al correo electrónico gerencia@alianzaexamenes.com. La IPS garantiza la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservan el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento. Cualquier cambio será informado y publicado oportunamente. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a ALIANZA EXAMENES EMPRESARIALES OCUPACIONALES Y SERVICIOS MEDICOS LTDA para tratar mis datos personales de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales de la compañía y para los fines relacionados con su objeto social y en especial para fines legales, contractuales, comerciales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales de la IPS. La información obtenida para el Tratamiento de mis Datos Personales la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.



*Camilo*

JUAN DAVID CALLE CARDOZO

3757 119007

Médico Especialista en Salud Laboral

JAIRO CAMILO TORRES BARRETO

1016081091

Firma y cédula del Paciente