

ALIANZA EXÁMENES  
EMPRESARIALES OCUPACIONALES  
Y SERVICIOS MÉDICOS LTDA

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

**Fecha y Lugar:** 15/06/2023 BOGOTÁ D.C.  
**Paciente:** CAMILO ALBERTO CASTAÑO BORBON  
**Género:** MASCULINO **Edad:** 24  
**Fecha Nacimiento:** 08/07/1998  
**Estado Civil:** UNIÓN LIBRE  
**Dirección:** CALLE 142 N° 102B 44  
**Empresa:** GLOBAL SERVICE LOGISTICS SAS

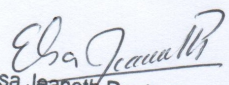
**Tipo de Examen:** INGRESO  
**Identificación:** 1233900007  
**Teléfono:**  
**Cargo:** CONDUCTOR (A) **Móvil:** 3204045329  
**EPS:** SURA  
**Escolaridad:** TÉCNICO

## EXÁMENES REALIZADOS

Exámenes	Resultados	Valores de Referencia	Notas
903841 - GLICEMIA	85.6 mg/dl	70 - 105 mg/dl	

## MÉTODO:

Enzimático colorimétrico

  
Elsa Jeaneth Pardo P.  
Bacteriologa Uniandes  
Reg. 51.628.324



ELSA JEANETH PARDO PEDRAZA 51628324  
Profesional

CAMILO ALBERTO CASTAÑO BORBON 1233900007  
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: 1233900007-40064

### INFORMACIÓN GENERAL

<b>Fecha y Lugar:</b>	15/06/2023	BOGOTÁ D.C	<b>Tipo de Examen:</b>	INGRESO	
<b>Paciente:</b>	CAMLO ALBERTO CASTAÑO BORBON		<b>Identificación:</b>	1233900007	
<b>Género:</b>	MASCULINO	<b>Edad:</b> 24	<b>Teléfono:</b>		<b>Móvil:</b> 3204045329
<b>Fecha Nacimiento:</b>	08/07/1998		<b>Cargo:</b>	CONDUCTOR (A)	
<b>Estado Civil:</b>	UNIÓN LIBRE		<b>EPS:</b>	SURA	
<b>Dirección:</b>	CALLE 142 N° 102B 44		<b>Escolaridad:</b>	TÉCNICO	
<b>Empresa:</b>	GLOBAL SERVICE LOGISTICS SAS		<b>Área:</b>	No Reporta	

### EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

<b>AUDIOMETRÍA</b>	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO, 4. REPOSO AUDITIVO AL FINALIZAR JORNADA LABORAL.
<b>VISIONOMETRÍA</b>	1. NO NECESITA CORRECCIÓN 2. CONTROL ANUAL OPTOMÉTRICO
<b>EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR</b>	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL
<b>903841 - GLI CEMIA</b>	
<b>PSICOSENSOMETRÍA</b>	EXAMEN DE PSICOSENSOMETRÍA EN PARÁMETROS NORMALES BIENESTAR FÍSICO MENTAL Y SOCIAL PARA UN BUEN DESEMPEÑO EN ACTIVIDADES LABORALES

### 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 ASINTOMÁTICO DE COVID 19

#### Tipo de Restricción

#### Condiciones, Factores, Agentes Asociados

#### Permanente

NO

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

BIOMECÁNICO

#### Información de Remisiones

NO

#### 'CONSENTIMIENTO INFORMADO

Las evaluaciones médicas 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 MÉDICOS LTDA. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anterior autorizo a ALIANZA EXAMENES EMPRESARIALES OCUPACIONALES Y SERVICIOS MÉDICOS 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.

**AUTORIZACIÓN 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 MÉDICOS LTDA de lo siguiente:

1. ALIANZA EXAMENES EMPRESARIALES OCUPACIONALES Y SERVICIOS MÉDICOS 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](mailto: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 MÉDICOS 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.



JUAN DAVID CALLE CARDOZO

3757 119007

CAMILO ALBERTO CASTAÑO BORBON

1233900007

Médico Especialista en Salud Laboral

Firma y cédula del Paciente