

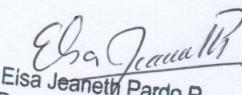


INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 15/06/2023 BOGOTA D.C	Tipo de Examen: INGRESO		
Paciente: CAMILO ALBERTO CASTAÑO BORBON	Identificación: 1233900007		
Género MASCULINO	Edad: 24	Teléfono	Móvil: 3204045329
Fecha Nacimiento: 08/07/1998	Cargo: CONDUCTOR (A)		
Estado Civil: UNIÓN LIBRE	EPS: SURA		
Dirección CALLE 142 N° 102B 44	Escolaridad: TÉCNICO		
Empresa GLOBAL SERVICE LOGISTICS SAS			

EXÁMENES REALIZADOS

Exámenes	Resultados	Valores de Referencia	Notas
903841 - GLICEMIA	85.6 mg/dl	70 - 105 mg/dl	
MÉTODO:	Enzimático colorimetrico		
ELSA JEANETH PARDO PEDRAZA	51628324	CAMILO ALBERTO CASTAÑO BORBON	1233900007
Profesional		Firma y cédula del Paciente	


 Elsa Jeaneth Pardo P.
 Bacteriologa Unianandes
 Reg. 51.628.324



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

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

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRÍA

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

VISIOMETRÍA

1.NO NECESITA CORRECCIÓN 2.CONTROL ANUAL OPTOMÉTRICO

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL

903841 - GLICEMIA

PSICOSENOGRÁFICO

EXAMEN DE PSICOSENOGRÁFICO 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 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 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 a 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 si deseo recibir la naturaleza de los exámenes y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias prestados por ALIANZA EXÁMENES EMPRESARIALES OCUPACIONALES Y SERVICIOS MÉDICOS LTDA. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anterior autorizo a ALIANZA EXÁMENES 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 si 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 EXÁMENES EMPRESARIALES OCUPACIONALES Y SERVICIOS MÉDICOS LTDA de lo siguiente:

1. ALIANZA EXÁMENES 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. 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 EXÁMENES 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.


Dr. David Calle.
MEDICO ESP. EN SALUD OCUPACIONAL
C.C. 800887086, R.M. 1680 07/02/2012
Lie. Salud Ocup. RES. 3757 de 31/03/2016





JUAN DAVID CALLE CARDOZO

3757 119007

Médico Especialista en Salud Laboral

CAMILO ALBERTO CASTAÑO BORBON

1233900007

Firma y cédula del Paciente