

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



INTERVENIR  
SALUD OCUPACIONAL  
INTERVENIR SALUD OCUPACIONAL SAS  
NIT: 900143900-2



CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL  
Certificado de aptitud: 79501082-109846

## INFORMACIÓN GENERAL

<b>Fecha y Lugar:</b> 27/05/2017 BOGOTA D.C	<b>Tipo de Examen:</b> PRE-INGRESO
<b>Paciente:</b> ALEJANDRO TORRES	<b>Identificación:</b> 79501082
<b>Género:</b> MASCULINO <b>Edad:</b> 47	<b>Teléfono:</b> <b>Móvil:</b> 3002898731
<b>Fecha Nacimiento:</b> 24/10/1969	<b>Cargo:</b> CONDUCTOR (A)
<b>Estado Civil:</b> UNIÓN LIBRE	<b>EPS:</b> COLMEDICA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.
<b>Dirección:</b> TR 68 H N 37 C 24	<b>Escolaridad:</b> SECUNDARIA
<b>Empresa:</b> TRANSPORTES ESIVANS S.A.S. -	<b>Peso:</b> 59 <b>Talla:</b> 155 <b>IMC:</b> 25

## EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

<b>AUDIOMETRÍA</b>	ADECUADA HIGIENE AUDITIVA, PAUSAS AUDITIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL, REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL, CONTROLES AUDITIVOS PERIODICOS ANUALES, USO DE EPA O CONDUCIR CON VENTANAS CERRADAS
<b>OPTOMETRÍA</b>	CONTROL ANUAL, DEBE CAMBIAR LA CORRECCIÓN EN USO PERMANENTE
<b>MEDICINA OCUPACIONAL</b>	USO DE ELEMENTOS PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL
<b>ANEXO OSTEOMUSCULAR</b>	EXAMEN OSTEOMUSCULAR SIN ALTERACIONES

## CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO

Observaciones:

### Tipo de Restricción

### Condiciones, Factores, Agentes Asociados

Permanente

DEBE UTILIZAR GAFAS O LENTES

s

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

VISUAL

### Información de Remisiones

NO

'En la fecha, Yo, mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que SI he recibido toda la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y paraclínicos que me van a ser practicados, incluidas las posibles complicaciones que puedan generarse y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.

De conformidad plena y teniendo en cuenta lo anteriormente expresado, SI autorizo a INTERVENIR SALUD OCUPACIONAL S.A.S para realizarme los exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador o entidad remitente, para realizar la toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales; y a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el Informe de Condiciones de Salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda.

En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 del 17 de octubre de 2012, autorizo a INTERVENIR SALUD OCUPACIONAL S.A.S. para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos, para fines de apertura y registro de historia clínica y anexos pertinentes.'

LUIS ARMANDO PRIETO Q.  
MÉDICO ESP SALUD OCUPACIONAL  
Roa. 1266-08 C.C. 2.364.542

LUIS ARMANDO PRIETO QUECAN

Médico Especialista en Salud Laboral



ALEJANDRO TORRES

Firma y cédula del Paciente

79501082