



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 13/04/2023 BOGOTA D.C
Paciente: LAURA KATHERINE LEON CARDOZO
Género FEMENINO **Edad:** 22
Fecha Nacimiento: 14/02/2001
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección CRA 103B# 139/98
Empresa GLOBAL SERVICE LOGISTICS S.A.S

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 1003803265
Teléfono
Cargo: COORDINADORA DE TRANSPORTE
EPS: FAM SANAR
Escolaridad: TECNOLÓGICO

EXÁMENES REALIZADOS

Exámenes	Resultados	Valores de Referencia	Notas
GRUPO RH	"O"POSITIVO		


 Elsa Jeaneth Pardo P.
 Bacteriologa Uniandes
 Reg. 51.628.324

ELSA JEANETH PARDO PEDRAZA

51628324

Profesional

LAURA KATHERINE LEON CARDOZO

1003803265

Firma y cédula del Paciente


 Laura Leon

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

**ALIANZA EXÁMENES
EMPRESARIALES OCUPACIONALES
Y SERVICIOS MÉDICOS LTDA**



ALIANZA EXAMENES

NIT: 900101623-7

EXAMEN OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1003803265-53232

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	13/04/2023	BOGOTA D.C	Tipo de Examen:	INGRESO	
Paciente:	LAURA KATHERINE LEON CARDOZO		Identificación:	1003803265	
Género	FEMENINO	Edad:	22	Teléfono	
Fecha Nacimiento:	14/02/2001		Cargo:	COORDINADORA DE TRANSPORTE	
Estado Civil:	SOLTERO(A)		EPS:		
Dirección	CRA 103B# 139/98		Escolaridad:	TECNOLÓGICO	
Empresa	GLOBAL SERVICE LOGISTICS S.A.S		Peso:	51	
Empresa en Misión:	GLOBAL SERVICE LOGISTICS S.A.S		Talla:	160	
			IMC:	20	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USAR CORRECCIÓN VISUAL. INCLUIR EN PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA. USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. HIGIENE POSTURAL. HACER PAUSAS ACTIVAS. EJERCICIO AEREOBICO.

GRUPO RH

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

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

Observaciones: USO OBLIGATORIO DE TAPABOCAS EN LUGARES CERRADOS LAVADO DE MANOS Y O APLICACIÓN DE GEL ANTIBACTERIAL CADA 4 HORAS EN AMBAS MANOS. ESQUEMA DE VACUNACIÓN PARA EL COVID 19 FASE DE EMERGENCIA CON ASTRazenica. BID. SIN REFUERZO. CONTROL ANUAL POR OPTOMETRÍA. MANEJO DE PESO HASTA 12 KGS RESOLUCIÓN 2400 DE 1979

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO	Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción	
CONSERVACION VISUAL	-	
ERGONÓMICO	-	

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 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 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.

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.



YESID MOJICA O.

25-770 -

Médico Especialista en Salud Laboral



Laura León

LAURA KATHERINE LEON CARDOZO

1003803265

Firma y cédula del Paciente