

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

## ALIANZA EXÁMENES EMPRESARIALES OCUPACIONALES Y SERVICIOS MÉDICOS LTDA



ALIANZA EXÁMENES  
NIT: 900101623-7

EXAMEN OCUPACIONAL  
Certificado de aptitud: 1006596659-54148

### INFORMACIÓN GENERAL

|  |  |
|--|--|
| <b>Fecha y Lugar:</b> 20/06/2023 BOGOTÁ D.C.             | <b>Tipo de Examen:</b> INGRESO                   |
| <b>Paciente:</b> ERIKA TATIANA PATIÑO PAJOY              | <b>Identificación:</b> 1006596659                |
| <b>Género:</b> FEMENINO <b>Edad:</b> 26                  | <b>Teléfono:</b> <b>Móvil:</b> 3117043182        |
| <b>Fecha Nacimiento:</b> 11/05/1997                      | <b>Cargo:</b> COORDINADORA DE TRANSPORTE         |
| <b>Estado Civil:</b> SOLTERO(A)                          | <b>EPS:</b>                                      |
| <b>Dirección:</b> CALLE 51 B SUR # 80 A 46               | <b>Escolaridad:</b> BACHILLERATO                 |
| <b>Empresa:</b> GLOBAL SERVICE LOGISTICS S.A.S           | <b>Peso:</b> 53 <b>Talla:</b> 160 <b>IMC:</b> 21 |
| <b>Empresa en Misión:</b> GLOBAL SERVICE LOGISTICS S.A.S |  |

### EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

#### MEDICINA OCUPACIONAL

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

#### 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.

#### Tipo de Restricción

#### Condiciones, Factores, Agentes Asociados

#### Permanente

NO

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

#### ERGONÓMICO

### 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 EXÁMENES EMPRESARIALES OCUPACIONALES Y SERVICIOS MEDICOS LTDA. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anterior autorizo a ALIANZA EXÁMENES 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 EXÁMENES EMPRESARIALES OCUPACIONALES Y SERVICIOS MEDICOS LTDA de lo siguiente:

1. ALIANZA EXÁMENES 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](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 EXÁMENES 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.



*Erika Tatiana Patiño Pajoy*

YESID MOJICA O.

25-770 -

ERIKA TATIANA PATIÑO PAJOY

1006596554

Médico Especialista en Salud Laboral

Firma y cédula del Paciente

Atestando que la paciente ERIKA TATIANA PATIÑO PAJOY, de edad 25 años, sexo Femenino, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1006596554, me ha presentado con una lesión en la zona de la mano derecha, producto de un accidente de trabajo ocurrido el día 26 de junio de 2023, en la empresa SIMEIN - Salud Laboral, ubicada en la ciudad de Bogotá, D.C.

Después de haber examinado a la paciente, se le realizó una radiografía de la mano derecha, la cual muestra una fractura de la base del metacarpo IV. Se le indicó reposo absoluto de la mano afectada, uso de férula y analgésicos para el manejo del dolor. Se le explicó el procedimiento de curación y se le indicó acudir a la consulta de seguimiento en una semana.

Se le indicó acudir a la consulta de seguimiento en una semana para evaluar la evolución de la lesión y el estado de la curación. Se le indicó acudir a la consulta de seguimiento en una semana para evaluar la evolución de la lesión y el estado de la curación. Se le indicó acudir a la consulta de seguimiento en una semana para evaluar la evolución de la lesión y el estado de la curación.

Se le indicó acudir a la consulta de seguimiento en una semana para evaluar la evolución de la lesión y el estado de la curación. Se le indicó acudir a la consulta de seguimiento en una semana para evaluar la evolución de la lesión y el estado de la curación.

Se le indicó acudir a la consulta de seguimiento en una semana para evaluar la evolución de la lesión y el estado de la curación. Se le indicó acudir a la consulta de seguimiento en una semana para evaluar la evolución de la lesión y el estado de la curación.

Se le indicó acudir a la consulta de seguimiento en una semana para evaluar la evolución de la lesión y el estado de la curación. Se le indicó acudir a la consulta de seguimiento en una semana para evaluar la evolución de la lesión y el estado de la curación.

Se le indicó acudir a la consulta de seguimiento en una semana para evaluar la evolución de la lesión y el estado de la curación. Se le indicó acudir a la consulta de seguimiento en una semana para evaluar la evolución de la lesión y el estado de la curación.

Se le indicó acudir a la consulta de seguimiento en una semana para evaluar la evolución de la lesión y el estado de la curación. Se le indicó acudir a la consulta de seguimiento en una semana para evaluar la evolución de la lesión y el estado de la curación.

Se le indicó acudir a la consulta de seguimiento en una semana para evaluar la evolución de la lesión y el estado de la curación. Se le indicó acudir a la consulta de seguimiento en una semana para evaluar la evolución de la lesión y el estado de la curación.

Se le indicó acudir a la consulta de seguimiento en una semana para evaluar la evolución de la lesión y el estado de la curación. Se le indicó acudir a la consulta de seguimiento en una semana para evaluar la evolución de la lesión y el estado de la curación.

Se le indicó acudir a la consulta de seguimiento en una semana para evaluar la evolución de la lesión y el estado de la curación. Se le indicó acudir a la consulta de seguimiento en una semana para evaluar la evolución de la lesión y el estado de la curación.

Se le indicó acudir a la consulta de seguimiento en una semana para evaluar la evolución de la lesión y el estado de la curación. Se le indicó acudir a la consulta de seguimiento en una semana para evaluar la evolución de la lesión y el estado de la curación.

Se le indicó acudir a la consulta de seguimiento en una semana para evaluar la evolución de la lesión y el estado de la curación. Se le indicó acudir a la consulta de seguimiento en una semana para evaluar la evolución de la lesión y el estado de la curación.

Se le indicó acudir a la consulta de seguimiento en una semana para evaluar la evolución de la lesión y el estado de la curación. Se le indicó acudir a la consulta de seguimiento en una semana para evaluar la evolución de la lesión y el estado de la curación.

Se le indicó acudir a la consulta de seguimiento en una semana para evaluar la evolución de la lesión y el estado de la curación. Se le indicó acudir a la consulta de seguimiento en una semana para evaluar la evolución de la lesión y el estado de la curación.