

ALIANZA EXÁMENES
EMPRESARIALES OCUPACIONALES
Y SERVICIOS MÉDICOS LTDA

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

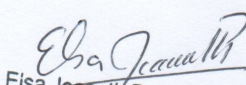
Fecha y Lugar: 27/04/2023 BOGOTÁ D.C.
Paciente: DAVID STEVEN FIGUEROA CONTRERAS
Género: MASCULINO **Edad:** 27
Fecha Nacimiento: 29/10/1995
Estado Civil: UNIÓN LIBRE
Dirección: CRA 109 A N° 65-26
Empresa: GLOBAL SERVICE LOGISTICS SAS

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 1030659295
Teléfono:
Cargo: CONDUCTOR (A)
EPS: COMPENSAR
Escolaridad: BACHILLERATO

Móvil: 3218356152

EXÁMENES REALIZADOS

Exámenes	Resultados	Valores de Referencia	Notas
903841 - GLICEMIA	83.9 mg/dl	70 - 105 mg/dl	
MÉTODO:	Enzimático colorimétrico		
903818 - COLESTEROL TOTAL	186 mg/dl	Valores de Referencia tomados de ATP III. Deseable: Menor de 200 mg/dl. Límite superior: 200 - 239 mg/dl. Alto: Mayor de 240 mg/dl	
MÉTODO:	Enzimático colorimétrico		
903868 - TRIGLICÉRIDOS	105 mg/dl	Valores de Referencia tomados de ATP III. Normal: Menor de 150 mg/dl. Límite alto: 150 - 199 mg/dl. Alto: 200-499 mg/dl. Muy alto: Mayor 500 mg/dl	
MÉTODO:	Enzimático colorimétrico		


Elsa Jeaneth Pardo P.
Bacteriologa Uniandes
Reg. 51.628.324

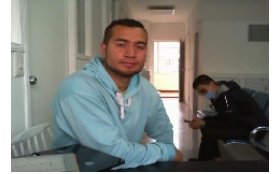
DAVID FIGUEROA

ELSA JEANETH PARDO PEDRAZA 51628324
Profesional

DAVID STEVEN FIGUEROA CONTRERAS 1030659295
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: 1030659295-39538

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	27/04/2023	BOGOTÁ D.C	Tipo de Examen:	INGRESO	
Paciente:	DAVID STEVEN FIGUEROA CONTRERAS		Identificación:	1030659295	
Género:	MASCULINO	Edad:	27	Teléfono:	
Fecha Nacimiento:	29/10/1995		Cargo:	CONDUCTOR (A)	Móvil: 3218356152
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE		EPS:	COMPENSAR	
Dirección:	CRA 109 A N° 65-26		Escolaridad:	BACHILLERATO	
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. CONDUCIR CON VENTANILLAS CERRADAS ESPECIALMENTE LADO IZQUIERDO 5. EVITAR USO DE AUDÍFONOS RECREATIVOS, ALTERNAR USO DE TELÉFONO O MANOS LIBRES ENTRE LOS DOS OÍDOS
VISIONOMETRÍA	1. NO NECESITA CORRECCIÓN 2. CONTROL ANUAL VISIONOMETRÍA
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL
903818 - COLESTEROL TOTAL	
903841 - GLICEMIA	
903868 - TRIGLICÉRIDOS	

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

BIOMECANICO

Información de Remisiones

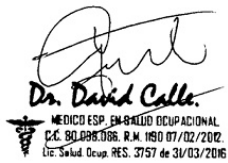
NO

'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 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 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 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.



DAVID FIGUEROA

JUAN DAVID CALLE CARDOZO

3757 119007

DAVID STEVEN FIGUEROA CONTRERAS

1030659295

Médico Especialista en Salud Laboral

Firma y cédula del Paciente