

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



ALIANZA EXAMENES EMPRESARIALES IPS

NIT: 900101623-7

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR - CONDUCTOR Y/O MOTORIZADO

Certificado de aptitud: 83093390-60058

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 08 may. 2024 - BOGOTA D.C
Paciente: EDUARD JAVIER VARGAS NINCO
Género: MASCULINO **Edad:** 39
Fecha Nacimiento: 12/03/1985
Estado Civil: CASADO(A)
Dirección: CALLE 33 37 161
Escolaridad: BACHILLERATO
Empresa: GLOBAL SERVICE LOGISTICS S.A.S

Misión/Contrato/ Centro de Costo: GLOBAL SERVICE LOGISTICS S.A.S

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 83093390
Teléfono: **Móvil:** 3203285829
Cargo: CONDUCTOR (A)
EPS: SANITAS
ARL: NO REPORTA
AFP: PORVENIR S.A.

AREA: No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	1. CONTROL ANUAL. 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO. 3. CONDUCIR CON VENTANA DE O.I ENTRECERRADA. 4. REPOSO AUDITIVO AL FINALIZAR JORNADA LABORAL.
VISIOMETRIA	1.NO NECESITAS CORRECCION OPTICA 2.CONTROL ANUAL POR VISIOMETRIA 3.USO DE PROTECCION SOLAR- GAFAS DE SOL
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	1. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL. 2. PAUSAS ACTIVAS 3. HIGIENE POSTURAL. 4. SE RECOMIENDA CUANDO PRESENTE DOLOR ABDOMINAL REALIZAR VALORACION POR CIRUGIA GENERAL O VALORACION POR EL AREA DE URGENCIAS 5. EVITAR SITUACIONES QUE FAVOREZCAN LA DISTENSION ABDOMINAL O INGUINAL COMO UN ESFUERZO EXTRAORDINARIO O ADICIONAL
GLICEMIA	Sin alteracion
PSICOSENSOMETRICO	APTO segun anexo 1 resol 0217 del 2014

CONCEPTO LABORAL

APTO CON RECOMENDACIONES
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL 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 (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)		
ERGONOMICO		PPyP

Información de Remisiones

NO

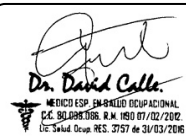
CONSENTIMIENTO INFORMADO

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:

- 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.
- Es de carácter facultativo responder preguntas que traten sobre Datos Sensibles o sobre menores de edad.
- 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.
- 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.
- 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.



Médico Especialista en Salud Laboral
JUAN DAVID CALLE CARDOZO
3757 119007



Firma y cédula del Paciente
EDUARD JAVIER VARGAS NINCO
83093390