

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



ASESORIAS INTEGRALES Y CAPACITACION EN S.O.I S.A.S - FELAI FEL IPS
NIT: 901047739-5

EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 16786770-22197

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar: 22/10/2022 - VILLAVICENCIO - META	Tipo de Examen: EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL	
Paciente: LUIS HERNANDO MILLAN VARELA	Identificación: 16786770	
Género: MASCULINO Edad: 51	Teléfono: no reporta	Móvil: 3014861778
Fecha Nacimiento: 26/01/1971	Cargo: PENSIONADO	
Estado Civil: UNIÓN LIBRE	EPS: SANIDAD MILITAR	
Dirección: URBANIZACION VILLA CARMELITA	ARL: NO REPORTA	
Escolaridad: BACHILLERATO	AFP: NO REPORTA	
Empresa: PARTICULAR -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL SATISFACTORIA

Observaciones: SE REALIZA AUDITORIA A HISTORIA CLINICA DE PACIENTE EN MENSION DONDE SE EVIDENCIA QUE PACIENTE NO TENIA CONOCIMIENTO, NI SE DOCUMENTA HISTORIA DE PATOLOGIAS QUE LO LLEVARON A CALIFICACION DE INVALIDEZ DADO PACIENTE FUE DIAGNOSTICADO Y CALIFICADO EN EL 25 DE JULIO DEL 2019, PREVIO A ESTE DICTAMEN NO HAY ANTECEDENTES PATOLOGICOS NI FARMACOLOGICOS, POR LO CUAL SE CERTIFICA HISTORIA CLINICA APARTIR DEL AÑO 2019.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
----------------------------	---	-------------------

NO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

NO

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, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a la IPS 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 la IPS para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos. Las respuestas dadas por mí están completas y son verídicas. Firmo para constancia.

Nota: Dando cumplimiento a las disposiciones legales, Ley 1581 de 2012 (protección de datos personales), Ley 1286 de 2008 (Habeas Data) y Ley 1273 de 2009 (Protección de la Información y de los datos), declaro en mi calidad de usuario de la IPS, que he sido informado y conozco de manera clara y expresa la finalidad con que se recopilan mis datos y autorizo expresamente a que la presente entidad conozca, actualice, corrija o suprima la información entregada, por lo que los datos recopilados serán tratados de manera confidencial y exclusivamente para los propósitos relacionados con los trámites y servicios que presta la entidad.

Dr. Alexander Gomez Hernandez
Médico Especialista en Salud Laboral



ALEXANDER GOMEZ HERNANDEZ
Médico Especialista en Salud Laboral

RES 4055/17 74372550

LUIS HERNANDO MILLAN VARELA
Firma y cédula del Paciente

16786770