CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



Corriente Vital

IPS CORRIENTE VITAL CONSULTORES SAS
NIT: 900520548-1
LSO 60004127

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1000443684-85946

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	17/01/2024 - LA CEJA	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	FRANKLIN ELIECER FRANCO ROMAN	**Identificación:**	1000443684
Género	MASCULINO **Edad:** 20	**Teléfono**	**Móvil:** 3235130334
Fecha Nacimiento:	30/08/2003	**Cargo:**	CONTRATISTA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	NUEVA EPS
Dirección	VEREDA LA ESPERANZA	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	TECNOLÓGICO	**AFP:**	NO REPORTA
Empresa	PARTICULAR -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

VISIOMETRÍA	NORMAL, CONTROL ANUAL
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL. ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, DIETA Y EJERCICIO, REALIZAR PAUSAS SALUDABLES QUE ESTABLEZCA LA EMPRESA, UTILIZAR LOS EPP SUMINISTRADOS PARA LA LABOR

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN DE INGRESO SIN RESTRICCIONES NI RECOMENDACIONES PARA EL CARGO. SIN SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA A COVID-19.

Observaciones: VISIOMETRIA CON CORRECCION VISUAL ADECUADA.

'RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: - USAR SILLA ERGONÓMICA Y REGULAR LA ALTURA DEL ASIENTO.
- REVISAR POSTURA CONSTANTEMENTE, MOVER PIES Y PIERNAS Y ALTERNAR SUS POSICIONES. - EVITAR CRUZAR LAS PIERNAS Y FLEXIONAR LAS RODILLAS POR DEBAJO DE 90°
- PONER LOS ANTEBRAZOS SOBRE LA MESA Y LAS MUÑECAS ALINEADAS.'

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

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

VISUAL	-	SVE

Información de Remisiones

NO

EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL, SE EXPIDE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE.

'CONSENTIMIENTO INFORMADO
Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las prueba 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 ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en que le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mi facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que si he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, Autorizo a la IPS. Para realizarme lo exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen médico ocupacional, espirometría, audiometría, optometría/visiometría, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales; y otras pruebas complementarias que sean necesarias según el cargo a desempeñar y también autorizo 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. Que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.'

Franklin Franco

HUGO FERNANDO BARRIOS ACOSTA

FRANKLIN ELIECER FRANCO ROMAN 1000443684

Firma y cédula del Paciente

2018060369413 5000800

Médico Especialista en Salud Laboral