

DRA.KATEHERINE CASTRO GIL
MED ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO UNIVERSIDAD DE TOLIMA LICENCIA OCUPACIONAL 74370 SECRETARIA DE SALUD DE MANIZALES

KMC Medicina Ocupacional

Cra 3 N°6-06 Barrio Centro Tel:2580527

Versión: 06

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Fecha de emisión: 8/02/2022

1. IDENTIFICACION DE LA EMPRESA:

EMPRESA CONTRATANTE	SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO	CIUDAD	FRESNO
TIPO DE EXAMEN:	INGRESO		
CARGO:	AUXILIAR ADMINISTRATIVO		
F. DE EXAMEN:	18/03/2025	EPS	NUEVA EPS / PENSION COLPENSIONES / ARL POSITIVA

2. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR:

NOMBRE:	RICARDO CORTES JARAMILLO				
IDENTIFICACION	1.006.023.149	EDAD:	31	AÑOS	SEXO:MASCULINO
F. DE NACIMIENTO	17/09/1993	ESTADO CIVIL		SOLTERO	

3. EXAMEN MEDICO PRACTICADO:

1.EXAMEN FISICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR NORMAL 2.VISION NORMAL (EMETROPE)

4. LABORATORIO CLINICO Y EXAMENES COMPLEMENTARIOS

VISIOMETRIA : VISION DE LEJOS 20/20 AMBOS OJOS NORMAL/ VISION DE CERCA 0.50M AMBOS OJOS NORMAL

5. CONCEPTO DEL EXAMEN

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO SIN LIMITACIONES	X	REQUIERE RESTRICCION DE ACTIVIDADES		REQUIERE REUBICACION	
		REQUIERE REUBICACION LABORAL PERMANENTE			
APTO PARA BRIGADISTA		APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS		APTO PARA TRABAJAR EN	

6. RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES GENERALES	1. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ASIGNADO PARA LA LABOR. 2. DIETA BALANCEADA, EJERCICIO 20 MIN POR DIA, 3. MANTENER HIGIENE POSTURAL DURANTE LAS ACTIVIDADES LABORALES 4.- REALIZAR PAUSAS ACTIVAS PROGRAMADAS
RECOMENDACIONES ESPECIFICAS	CUMPLIR CON EL PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD DISEÑADO POR LA EMPRESA PARA EVITAR EL CONTAGIO DE COVID 19.
REMISIONES	NO APLICA EN ESTE CASO

7. RESTRICCIONES

NINGUNA

8. SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA (INCLUIR EN EL PROGRAMA DE

Prevención de Lesiones Auditivas		**Prevención de Lesiones Visuales**		**Prevención de Desordenes Musculo Esqueléticos**	
Prevención de Riesgo Biológico		**Prevención de Riesgo Psicosocial**		**Prevención de Riesgo Cardiovascular.**	



DRA KATHERINE MARIA CASTRO GIL
Licencia Salud Ocupacional: 73470

FIRMA DEL PACIENTE

Hacemos constar que hemos realizado examen médico al trabajador y que de acuerdo a la resolución 1918 de 2009, la custodia de la historia clínica será responsabilidad de nuestra institución y estará disponible para los fines legales pertinentes.