



Tu salud en manos de excelente seres humanos

CLÍNICA FAME IPS SA
NIT: 900009347
Código Prestador: 170010173801
Ciudad Manizales
Carrera 21 # 23-26 MANIZALES CALDAS
clinicafameips@hotmail.com
Tel: 8821222
Cel: 3213788012

CERTIFICADO

Fecha y hora: 01-11-2024 10:51 AM
Identificación: CC 75108534
Paciente: RICARDO JOSE ALARCON MARTINEZ
Entidad: Eps Y Medicina Prepagada Suramericana S.A. - Contributivo

Certificado:
CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

CONCEPTO DE APTITUD: Aplica para EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR DE INGRESO PARTICULAR
CARGO: CONTRATISTA

Sin limitaciones para el cargo: X
Con limitaciones para el cargo:

CONCEPTO DE APTITUD APOYADO EN EL PERFIL PARA EL CARGO: SI ☒ NO ☐

EL CONCEPTO DE APTITUD SE EMITIO A PARTIR DE: (Marcar con un equis (x) los que aplique)

EXAMEN MEDICO:
Tamizaje de Audiometría: SATISFACTORIO
Tamizaje de Espirometría:
Tamizaje de Visiometría: SATISFACTORIO
Examen Optométrico:
Electrocardiograma:
Evaluación Osteomuscular: SATISFACTORIO
Evaluación Dermatológica: SATISFACTORIO
Evaluación Trabajo en Alturas:
Evaluación Manipulación de alimentos:
Evaluación Cardiovascular: HIPERTENSION
Evaluación Abdominal: SATISFACTORIO

EXAMEN DE RETIRO: Sospecha de: (Marque con una equis (x) según corresponda)

Secuela Accidente laboral no reportado: NO
Enfermedad Profesional: NO
Enfermedad común agravada por el trabajo: NO
SE ENTREGA REMISIÓN PARA LA EPS: NO———VALORACION POR MEDICINA GENERAL

CERTIFICADO

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA SUGERIDOS: NINGUNO

EXAMEN LABORAL DE: INGRESO
SATISFACTORIO PARA REALIZAR TRABAJO ASIGNADO
RECOMENDACIONES USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, CUMPLIR CON LOS
REGLAMENTOS DE SST, INFORMAR CAMBIOS DE SALUD Y ACCIDENTES LABORALES, NO SE
EVIDENCIAN HERNIAS NI EVENTRACCIONES EN ESTE ESTUDIO, HIGIENE POSTURAL. ACATAR
NORMAL DE SEGURIDAD, PAUSAS ACTIVAS.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: autorizo al (a/el) Doctor(a) abajo
mencionado (a) a realizar en mi, examen y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registro en este documento,
(el) (la) Doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza, el propósito, los beneficios, la
interpretación, las limitaciones y los riesgos para el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional (es) a
partir de la respectiva historia clínica antes de la respectiva toma de pruebas. Entiendo que la realización
de esta(s) prueba(s) es voluntaria y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier
momento antes de que realizara el (los) exámenes. Fui informado de las medidas que tomará la
institución para proteger la confidencialidad de los resultados, las respuestas dadas por éstas son
verídicas y son completas, autorizo a la entidad para que suministre a mi empresa donde trabajo y/o
entidades contempladas en la legislación vigente para que suministre éste documento para el buen
cumplimiento del programa de salud ocupacional y para las situaciones que lo ameritan.

Profesional que realizó el certificado:

J. Ospina A.
Dr. Juan de J. Ospina A.
Especialista en Gerencia
de Salud Ocupacional
Reg. Dptal. 1179 Reg. No. 8740

Prado J. J.
45108534

Juan de Jesus Ospina Aguirre
CC: 10084706 RM: 8440
SALUD OCUPACIONAL