CERTIMEDIC I.P.S.
SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO

IPS CENTRO DE RECONOCIMIENTO AL CONDUCTOR CERTIMEDIC S.A.S
NIT: 901520438-1
Dir: Cra 42 No 75B - 132
Cel: 315 272 2668
Correo: certimedicsas@gmail.com
www.certimedicips.com
Barranquilla



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 3.834

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
07 DÍA	10 MES	2025 AÑO	BARRANQUILLA (ATLÁNTICO, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN PERIODICO ENFASIS OSTEOMUSCULAR, COLUMNA Y MIEMBROS SUPERIORES TUNEL DEL CARPO Y TENOSINOVITIS

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL ATLANTICO C.R.A.	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL ATLANTICO C.R.A.

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
PAREDES MUÑOZ LISANDRO EMILIO	MASCULINO	59 AÑOS 1 MESES 22 DÍAS	CC (Tipo)	79396771 (Número)

Cargo
CONTRATISTA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

EXAMEN MEDICO PERIODICO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

HEMOGRAMA IV	✓	VACUNACION CONTRA INFLUENZA	✓
PERFIL LIPIDICO	✓	VACUNACION CONTRA HEPATITIS A	✓
ELECTROCARDIOGRAMA	✓	VACUNACION CONTRA HEPATITIS B	✓
GLICEMIA EN AYUNAS	✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, COLUMNA Y MIEMBROS SUPERIORES TUNEL DEL CARPO Y TENOSINOVITIS	✓
OPTOMETRIA	✓	VACUNACION TETANO DIFTERIA TOSFERINA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : USO DE CORRECCION OPTICA PERMANENTE	SVE VISUAL	HÁBITOS SALUDABLES
VALORACION POR OPTOMETRIA : CONTROL EN UN AÑO	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

MEDICO LABORALES. USO DE CORRECCION OPTICA PERMANENTE.
PUEDE LEVANTAR PESO HASTA 5 KILOS. HASTA VALORACION POR CIRUJANO GENERAL.
MEDICO GENERALES, SEGUIMIENTO CONTROL POR OPTOMETRIA EN UN AÑO.
SEGUIMIENTO CONTROL POR CIRUJANO GENERAL.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: Como usuaria(o) de la IPS CERTIMEDIC S.A.S, manifiesto que he recibido de manera clara y comprensible sobre la naturaleza, propósito, beneficios, riesgos y limitaciones de los exámenes médicos ocupacionales y pruebas complementarias que se realizan en la institución, entre ellos: audiometría, otoscopia, espirometría, electrocardiograma, toma de muestras biológicas, optometría/visiometría, valoración osteomuscular, examen para trabajo en alturas y pruebas psicológicas o psicosensométricas.

Se explicó que dichos procedimientos pueden generar en algunos casos incomodidad, mareo, ansiedad leve, dolor temporal o reacciones mínimas propias de la práctica clínica, pero que en general los riesgos son bajos y controlados. También se informó que los resultados permitirán determinar la aptitud laboral y establecer medidas preventivas en salud ocupacional.

El(la) usuario(a) autoriza la práctica de estos exámenes, así como la toma de fotografía y firma únicamente con fines de concepto médico ocupacional. De igual forma, autoriza la entrega de los resultados y de la historia médico-ocupacional al empleador, en cumplimiento de lo dispuesto en la Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009 y la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los datos serán recolectados, utilizados y custodiados conforme a la normatividad vigente, garantizando el derecho a conocer, actualizar, rectificar, suprimir o revocar el consentimiento.

Se deja constancia de que el(la) usuario(a) ha sido informado(a) de sus derechos: recibir trato digno y respetuoso, obtener información clara sobre los exámenes y resultados, contar con confidencialidad en la historia clínica, otorgar o retirar el consentimiento informado y acceder a canales de quejas, reclamos o sugerencias (PQRS). Así mismo, se le recuerdan sus deberes: brindar información veraz sobre su estado de salud, asistir puntualmente a las citas, cumplir con las indicaciones médicas y de seguridad ocupacional, respetar al personal de salud y las instalaciones, y hacer uso responsable de los servicios ofrecidos.

Se certifica que el(la) usuario(a) ha comprendido la información suministrada y acepta voluntariamente la realización de los exámenes médico-ocupacionales, reconociendo la confidencialidad de los resultados y el derecho a retirar este consentimiento en cualquier momento. ☐ Sí ☐ No

Médico



Firma:

Nombre: CC: 32835696 - BRIGITTE DIAZ

R. M.: 70413 **L.S.O.:** 4711

Código de Seguridad
F1736L1R3834

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: PAREDES MUÑOZ LISANDRO EMILIO

CC: 79396771