



CENTRO DE NEUROREHABILITACIÓN SAN GABRIEL IPS S.A.S.

PRESTADOR: 051721519901
IDENTIFICACIÓN: NIT - 900388143-5
DIRECCIÓN: CALLE 96 NRO 99A - 38
TELÉFONO: 3163417694
EMAIL: SANGABRIELIPS@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD
LABORAL
CON ÉNFASIS EN OSTEOMUSCULAR

FECHA DE IMPRESIÓN: 2026/01/05 06:47:59

VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 2.1

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: BENJAMIN ROJAS CHAMORRO
IDENTIFICACIÓN: CC - 8339928
SEXO: MASCULINO
FONDO DE PENSIONES: ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES
EPS: NUEVA EPS
FECHA DE NACIMIENTO: 1974-05-13
EDAD: 51 AÑOS
ARL: ARL SURA



DATOS DEL CLIENTE

NOMBRE: ALTURAS SAN GABRIEL
EMPRESA CONTRATANTE: BENJAMIN ROJAS CHAMORRO
ACTIVIDAD ECONOMICA: FORMACIÓN ACADÉMICA NO FORMAL
IDENTIFICACIÓN: NIT - 901364223
EMPRESA A LABORAR: BENJAMIN ROJAS CHAMORRO

DATOS DE LA ATENCIÓN

NRO. INGRESO: 2026010502012
CARGO: ABOGADO
DPTO/CIUDAD DE ATENCIÓN: ANTIOQUIA / CHIGORODÓ
FECHA DE SALIDA: 2026-01-05 06:47:14
TIPO DE EVALUACIÓN: INGRESO
FECHA DE ATENCIÓN: 2026-01-05 06:42:40

PRUEBAS DE APOYO DIAGNÓSTICO

PARACLINICOS

LABORATORIO CLINICO

COMPLEMENTARIOS

VACUNAS

CERTIFICACIÓN DE APTITUD

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO: SIN RESTRICCIONES

OBSERVACIONES AL CONCEPTO: CAPACITAR AL TRABAJADOR EN LA PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS Y LESIONES PROPIOS DEL OFICIO A REALIZAR. SUMINISTRAR TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS SEGÚN EL RIESGO DEL OFICIO Y CAPACITAR SOBRE EL ADECUADO USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA REALIZAR SU TRABAJO DE MANERA SEGURA.

ENFASIS - OSTEOMUSCULAR: PACIENTE SANO, SIN PATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR

RECOMENDACIONES: PACIENTE EN EL MOMENTO DEL EXAMEN, SIN PATOLOGÍA APARENTE QUE INTERFIERA O LO LIMITE PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD LABORAL

RECOMENDACIONES

» GENERALES

☒ EXAMEN PERIÓDICO OCUPACIONAL ☒ PAUSAS ACTIVAS ☒ USO DE E.P.I. ☒ HIGIENE POSTURAL
☒ REMITIR A EPS

» OCUPACIONALES PREVENTIVAS

- OSTEOMUSCULAR: ACONDICIONAMIENTO FÍSICO SEGÚN REQUERIMIENTOS DEL CARGO. ADECUACIÓN ERGONOMICA DE PUESTOS DE TRABAJO SEGÚN DISPOSICIÓN DE LA EMPRESA. CAPACITACIÓN PARA MANEJO DE CARGAS SEGÚN CRITERIO DEL CARGO.
- CARDIOVASCULAR: REDUCIR EL CONSUMO DE AZÚCARES, HARINAS, SAL, GRASAS Y FRITOS; ASISTIR A PROGRAMAS PERIÓDICOS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN SU EPS. CONTROL PERIÓDICO DE PESO, CONTROL DE TENSIÓN ARTERIAL PREVENTIVA.

» ESPECÍFICAS Y/O RESTRICCIONES PARA LA LABOR

TIPO LIMITACIÓN: NINGUNA
OBSERVACIÓN: CONSIDERACIONES OCUPACIONALES ESPECIALES POR PATOLOGÍA METABÓLICA; SU ALTERACIÓN DEL PESO CONSTITUYE UNA ENFERMEDAD METABÓLICA DE ORIGEN COMÚN QUE NO LE GENERA NINGÚN TIPO DE RESTRICCIÓN OCUPACIONAL DIRECTA ACTUALMENTE PARA LA OCUPACIÓN, PERO SE REQUIERE QUE SEA EVALUADA Y MANEJADA POR NUTRICIONISTA DE LA EPS EN QUE ESTE AFILIADO, PARA SU CONTROL Y SEGUIMIENTO

» MÉDICO LABORALES

NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presentó y diligenció el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de CENTRO DE NEUROREHABILITACIÓN SAN GABRIEL IPS S.A.S. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

MAURICIO ANDRÉS MESTRE MESTRE D
ESPECIALIDAD: SALUD OCUPACIONAL
IDENTIFICACIÓN: CC - 1143335018
LICENCIA SST: 1839

BENJAMIN ROJAS CHAMORRO
FIRMA DEL PACIENTE
IDENTIFICACIÓN: CC - 8339928