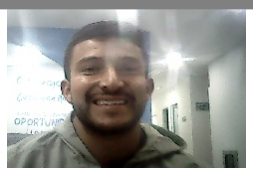
CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



CARVAJAL LABORATORIO IPS S.A.S
NIT: 900152996-7

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Tipo de Examen: PRE INGRESO
Certificado de aptitud: 1049649343-186206

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA.

Empresa: PARTICULARES
Actividad Económica: 0010 - ASALARIADOS

Empresa en Misión/ Contrato/ Centro de Costo: INDEPORTES BOYACA

INFORMACIÓN DEL PACIENTE.

Fecha y Lugar:	08 ene. 2026 - TUNJA - BOYACA	**Identificación:**	1049649343
Paciente:	EDSON RAMIRO MEDINA MARTINEZ	**Teléfono**	3125514184 **Móvil:**
Género	MASCULINO **Edad:** 28	**EPS:**	NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
Fecha Nacimiento:	24/02/1997	**ARL:**	NO REPORTA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**AFP:**	PROTECCION S.A.
Escolaridad:	UNIVERSITARIO	**Cargo:**	INDEPENDIENTE
Área: No Reporta			
Correo Electrónico:	edsonmedina24@gmail.com	**Peso: 80 Talla: 170 IMC: 27.68**	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS - RECOMENDACIONES.

VISIOMETRIA	CONTROLES PREVENTIVOS Y DE SEGUIMIENTO POR OPTOMETRIA ANUALMENTE// PAUSAS ACTIVAS Y EJERCICIOS DE ENFOQUE POR USO PROLONGADO DE PANTALLAS
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGUN LO REQUIERA LA LABOR. PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS DE 5 MINUTOS. HIGIENE POSTURAL EN PUESTO DE TRABAJO. BAJAR INGESTA DE GRASAS, HARINAS Y AZUCARES. AUMENTAR INGESTA DE FRUTAS, VERDURAS, AGUA Y PROTEÍNA. INICIAR ACTIVIDAD FÍSICA PERIÓDICA DE 30 MINUTOS AL DÍA.

CONCEPTO LABORAL

APTO CON RECOMENDACIONES

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

CARDIOVASCULAR		PPyP

Información de Remisiones

NUTRICION

'CONSENTIMIENTO INFORMADO

Autorizo al(a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mi el exámen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es) registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del exámen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional (es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que realizaran el(los) examen(es). Fuí ¡nformado de las medidas que tomará CARVAJAL LABORATORIO IPS S.A.S para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son VERÍDICAS. Autorizo a CARVAJAL LABORATORIO IPS S.A.S para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.
CARVAJAL LABORATORIO IPS S.A.S se acoge a las disposiciones de la ley 1581 del 2012 y al derecho reglamentario 1377 del 2013 y se responsabiliza del tratamiento de protección de datos personales'

Adriana Martínez G.
ESP. SALUD OCUPACIONAL

MEDICO ESPECIALISTA S.O.
LIGIA ADRIANA MARTINEZ GOMEZ
CÉDULA DE CIUDADANÍA : 1049602934
153-2013 - 1354-2023

Edson Medin

Firma y cédula del Paciente
EDSON RAMIRO MEDINA MARTINEZ
1049649343