CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



Carvajal Laboratorios ips
Cuida bien de ti

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

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1010144259-168724

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	04 Jun. 2025 - TUNJA-BOYACA	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	DILAN STIVEN FERNANDEZ BARRERA	**Identificación:**	1010144259
Género	MASCULINO **Edad:** 24	**Teléfono**	**Móvil:** 3184706483
Fecha Nacimiento:	5/01/2001	**Cargo:**	CONTRATISTA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección	CALLE2012 30	**ARL:**	POSITIVA
Escolaridad:	UNIVERSITARIO	**AFP:**	COLPENSIONES
Empresa	PARTICULARES	**Peso: 63.9 Talla: 168 IMC: 22.64**	
		AREA: No Reporta	
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	PARTICULARES -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

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. USO DE LENTES DE CORRECCIÓN OPTICA.

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

VISUAL . - . PPyP

Información de Remisiones

OPTOMETRÍA

'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 mi 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
Médico Especialista en Salud Laboral
LIGIA ADRIANA MARTINEZ GOMEZ
153-2013 1354-2023

Firma y cédula del Paciente
DILAN STIVEN FERNANDEZ BARRERA
1010144259