CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha (D, M, A) 23/10/2025 **Tipo de Examen 1. Ingreso. 2. Egreso. 3.Periodico. 4.Post incapacidad. 5.Deportivo. 6.Folclórico 7. Reubicación**
Lugar CARTAGENA (BOLIVAR)

Nombres y apellidos ÁLVARO JULÍAN GUERRERO BALLESTEROS | **Cédula 45539918** | **De: CARTAGENA**

Sexo (Según CC) 1. Femenino 2. Masculino | **Edad (en años) 29 y lugar de Nacimiento 25/07/1996 CARTAGENA** | **Fecha (D, M, A)**

Estado Civil 1. Soltero (a) 2. Casado (a) 3. Unión Libre 4. Separado 5. Divorciado | **Teléfono - M ó v i l : 3004362623**

Dirección de residencia: SERENA DEL MAR BURANO TORRE 8 | **E.P.S. MUTUAL SER**

Nombre de la Empresa **A QUIEN INTERESE** | **Cargo DOCENTE** **Antigüedad NO APLICA** | **Profesión: ABOGADO**

Riesgos Laborales
Psicosociales **(**) Osteomuscular (**X**) Voz () Biológicos ( ) Físicos ( ) Químicos ( ) Condiciones de Seguridad ( ) Ambiental ( ) Biomecánicos ( )

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO OCUPACIONAL REALIZADOS

Tipo de Valoración: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO

MEDICINA OCUPACIONAL
SE REALIZA EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR – AGUDEZA VISUAL

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

EL PACIENTE CUMPLE CON LOS REQUERIMIENTOS MEDICOS PARA EL CARGO

Observaciones - RECOMENDACIONES GENERALES:
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA ACTIVIDAD LABORAL
MANTENER ADECUADA POSTURA DURANTE LAS LABORES – SE HACE ENFASIS EN ACTITUD DE AUTOCUIDADO
HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - IMPORTANCIA DE PESO ADECUADO PARA LA TALLA
ACONDICIONAMIENTO FISICO SEGÚN REQUERIMIENTO PARA EL CARGO - ADECUACIÓN ERGONOMICA DE PUESTOS DE TRABAJO SEGÚN DISPOSICIÓN DE LA EMPRESA
USO DE CORRECCIÓN VISUAL FORMULADA

Tipo de Restricción NO APLICA | **Condiciones, Factores, Agentes Asociados NO APLICA** | **Permanente NO APICA**

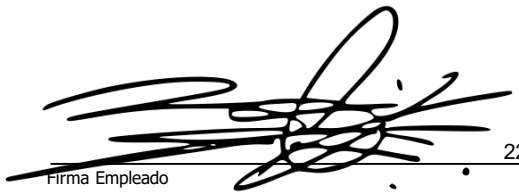
Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Promoción y Prevención
NINGUNO

Remisiones a Especialistas
NINGUNO

Consentimiento Informado del Aspirante o Trabajador

Autorizo al doctor(a) abajo mencionado(a) a realizar en mi examen médico y/o paraclínicos ocupacionales registrados en este documento. El (la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico y/o paraclínicos. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propós ito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínicos ocupacionales, a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de la prueba. Ent iendo que la realización de estas pruebas es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el o los exámenes. Fui informado de las medidas que tomara la compañía para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibí copia de la valoración médica ocupacional. Las respuestas dadas por mí en este examen están completas y son verídicas. Autorizo a la compañía para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento para el bien cumplimiento del programa de salud ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remita la historia clínica a la EPS a la cual me encuentra actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados ante mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento:



Médico Especialista en Salud Ocupacional	12318/07 Registro	 Firma Empleado	22 de enero de 2026 Huella Cédula