

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: 9399719-188554

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:	28 ene. 2026 - TUNJA - BOYACA	Identificación:	9399719
Paciente:	FABIAN ANDRES HERRERA RAMIREZ	Teléfono	3114815419 Móvil:
Género	MASCULINO Edad: 51	EPS:	NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
Fecha Nacimiento:	10/10/1974	ARL:	NO REPORTA
Estado Civil:	CASADO(A)	AFP:	PORVENIR S.A.
Escolaridad:	UNIVERSITARIO	Cargo:	FORMADOR
Área: No Reporta			
Correo Electrónico:	fabianherrera@yahoo.es	Peso: 86.3 Talla: 164 IMC: 32.09	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS - RECOMENDACIONES.

VISIOMETRIA

VALORACION COMPLETA POR OFTALMOLOGIA POR APARENTE OPACIDAD DE MEDIOS AO

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. CONTROL POR NUTRICIÓN DE EPS. MONITOREO DE TENSIÓN ARTERIAL POR EPS DURANTE 10 DÍAS.

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

OPTOMETRÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Autorizo al(a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mi el examen 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 examen 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). Fui informado 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



Fabian Andres

Firma y cédula del Paciente
FABIAN ANDRES HERRERA RAMIREZ
9399719