CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



ALMAVID SALUD IPS S.A.S.
NIT: 900910289-0

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

Certificado de aptitud: 98661658-15826

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	10 jul. 2025 - ENVIGADO	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	ROBINSON MANCO SANTAMARIA	**Identificación:**	98661658
Género	MASCULINO **Edad:** 48	**Teléfono**	3012688646 **Móvil:** 3012688646
Fecha Nacimiento:	19/04/1977	**Cargo:**	INDEPENDIENTE
Estado Civil:	CASADO(A)	**EPS:**	SURAMERICANA.
Dirección	CLL48FFSUR42C 103	**ARL:**	SURA
Escolaridad:	UNIVERSITARIO	**AFP:**	COLFONDOS
Empresa	PARTICULAR		
		AREA: OPERATIVA	
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	PARTICULAR -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA CLINICA	ADECUADO PARA EL CARGO
VISIOMETRIA	ADECUADO PARA EL CARGO
EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL	1) USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, INDICACIONES NUTRICIONALES, ACTIVIDAD FISICA 3 VECES POR SEMANA 2)DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA. 3)SU VISIÓN ES APROPIADA PARA SU TRABAJO CON EL USO DE LENTES CORRECTIVOS. DEBE SEGUIR CON CHEQUEOS ANUALES EN SU CENTRO DE SALUD POR PARTE DE OPTOMETRÍA.

CONCEPTO LABORAL

SIN RESTRICCIONES PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

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

VISUAL	USO DE LENTES O GAFAS DE CORRECCION VISUAL SEGUN PRESCRIPCION EN JORNADA LABORAL, ACTUALIZAR FORMULA ANUALMENTES, USO DE GAFAS DE PROTECCION OCULAR EN AMBIENTE LABORAL SEGUN SE REQUIERA.	PPyP
NUTRICIÓNAL	CONTROL NUTRICIONALY METABOLICO , ALIMENTACION BALANCEADA Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.	PPyP

Información de Remisiones

Se le recomienda solicitar la actualización de la fórmula de corrección de los lentes en entidad de salud de manera anual por optometría.

Solicite en su entidad de salud evaluación y plan de manejo de su alteración del peso por Nutricionista.

Yo en calidad de paciente previamente informado (a) de forma libre y voluntaria acepto y doy MI CONSENTIMIENTO para que el personal médico de ALMAVID SALUD IPS S.A.S., me realice el examen médico ocupacional y para que mis datos sean empleados para fines estrictamente citados en materia de salud ocupacional mediante la recolección, recaudo, almacenamiento, uso, circulación, procesamiento, actualización y disposición de los datos suministrados e incorporados en las bases de datos de ALMAVID SALUD IPS S.A.S. Además, certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de los mismos 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 informo 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 y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Ana Maria Cruz Tobón
Médica especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
Tarjeta profesional: CMC2017-18888
Licencia SST: 2022060356577

Médico Especialista en Salud Laboral
ANA MARIA CRUZ TOBON
- 2022060356577

Firma y cédula del Paciente
ROBINSON MANCO SANTAMARIA
98661658