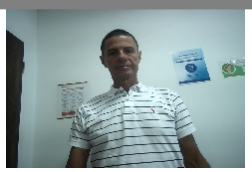
CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



BIO QUALITY SALUD S.A.S
NIT: 900218015-2

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 10115305-38370

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	29 may. 2025 - PEREIRA	**Tipo de Examen:**	PERIODICO
Paciente:	JUAN FERNANDO CASTILLO RAMIREZ	**Identificación:**	10115305
Género	MASCULINO **Edad:** 60	**Teléfono**	0 **Móvil:** 3004162660
Fecha Nacimiento:	1/07/1964	**Cargo:**	JEFE DE MANTENIMIENTO
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	SURA
Dirección	CERRITOS CAMPESTRE CS 8-10	**ARL:**	AXA COLPATRIA ARL
Escolaridad:	SECUNDARIA	**AFP:**	PROTECCION S.A.
Empresa	PRODUCTOS FRESCOS DEL CAMPO SAS - FRESCAMPO	**AREA: No Reporta**	
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	PRODUCTOS FRESCOS DEL CAMPO SAS - FRESCAMPO		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. PAUSAS ACTIVAS EN EL PUESTO DE TRABAJO. HIGIENE POSTURAL. HÁBITOS SALUDABLES

CONCEPTO LABORAL

APTO PARA CONTINUAR SU LABOR CON RECOMENDACIONES

Observaciones:

RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: NO MOVILIZAR CON FLEXION DE COLUMNA Y NO MANEJAR CARGAS DE MAS DE 12 KILOS

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

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

NO

Información de Remisiones

NO

'CONSENTIMIENTO
En la Fecha, Yo, mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que he recibido la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y para clínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.
De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a la IPS, para realizarme los exámenes clínicos y para clínicos solicitado por mi empleador o entidad pertinente y que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador, o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda.
LEY HABEAS DATA:
En cumplimiento de la ley estatutaria 1581 de octubre de 2012 , autorizo a la IPS, para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos.
'

Dr. Carlos Arturo Vargas Molina
M.D. Especialista en Salud Ocupacional
LPSSO. 0719 - 10 RM. 850 MD.
C.C. 10.118.677 Pereira

Médico Especialista en Salud Laboral
CARLOS ARTURO VARGAS MOLINA
LPSSO0719-10 850MD

Firma y cédula del Paciente
JUAN FERNANDO CASTILLO RAMIREZ
10115305