

**BIEN ESTAR SALUD BS S.A.S**

Para hacer del trabajo un acto digno
NIT 900.304.530-2
Calle 15 No. 4-31 Tel. 3353055 Pereira Risaralda
E-mail: bienestarsaludsas@gmail.com

**CERTIFICADO MÉDICO
DE APTITUD LABORAL****INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Fecha: 2026-01-02

Hora I: 11:16

Hora F: 11:23

Nombre: Jorge Alberto Camacho Osorio

Identificación: 1024521249

Fecha Nacimiento: 1991-08-20

Sexo: M

Edad: 34

Estado Civil: Casado/a

Grupo/Rh: O+

Eps: SURA

Pensiones: PORVENIR

Arl: NO SABE

Estrato: 3

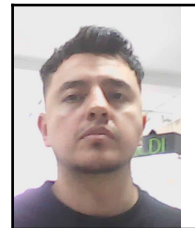
Dirección: Calle 8 # 31 -77

Barrio: Japon

Ciudad: DOSQUEBRADAS

Telefono: 3116500484

Proceso a Ejecutar: REALIZADOR AUDIOVISUAL

**IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA**

Nombre Empresa: PARTICULAR

Nit: 22222222

Telefono:

Cod CIU:

Dirección: - PEREIRA

Empresa Usaria:

PARTICULAR.

Exámen Ocupacional: EVALUACIÓN MÉDICA DE PRE-INGRESO :: Con énfasis osteomuscular

EXÁMENES PRACTICADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

RESULTADO DE LA VALORACIÓN MEDICA EXAMEN : EVALUACIÓN MÉDICA DE PRE-INGRESO

IMC: 23.84

Sin restricciones para el cargo:

☒

Con Recomendaciones:

☐

Con Restricciones:

☐

Aplazado:

☐**OBSERVACIONES**

1. APTO SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO AL CUAL ASPIRA
2. SE HACE ÉNFASIS CLÍNICO EN SISTEMA OSTEOMUSCULAR, SISTEMA NERVIOSO, COLUMNA VERTEBRAL, SIN ENCONTRAR HALLAZGOS IMPLEMENTAR
3. CULTURA DEL AUTO CUIDADO- GESTIÓN DE PAUSAS ACTIVAS
4. NO REQUIERE USO DE LENTES CORRECTIVOS
5. SE REFUERZAN HABITOS DE VIDA SALUDABLES INICIAR ACTIVIDAD FISICA POR LO MENOS 30 MIN AL DIA , RESTRINGIR EL CONSUMO DE HARINAS , GRASAS Y DULCES
6. NO HAY EVIDENCIA AL EXAMEN FISICO DE PATOLOGIAS DE ORIGEN LABORAL.

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

MEDICAS:

Remisión a eps:

NO

Remisión ARL:

NO

RIESGOS OCUPACIONALES

Biomecánicos: Posturas prolongadas, Movimientos repetitivos, Videotermiales

RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LA EVALUACIÓN**USO DE EPP**Guantes: ☐ Monogafas: ☐ Casco: ☐ Tapa Oidos: ☐ Tapa Bocas: ☐ Otros: _____Controles Periodicos: ☒ Pausas Activas: ☒ Reglamiento de higiene y seguridad industrial: ☒**SVE**Auditivo: ☐ Visual: ☐ Ergonómico: ☐ Cardiovascular: ☐ Psicolaboral: ☐

Otros SVE: _____

Dr(a). Jorge Hernan Arango Muñoz

Licencia en salud ocupacional : LPSST 2608

FIRMA DEL PACIENTE

No Identificación: 1024521249

* El trabajador examinado ha sido informado de cualquier hallazgo médico y recomendaciones médicas. La resolución 1843 de 2025 del ministerio de trabajo, también establece que la empresa solo puede conocer el certificado médico de ingreso del aspirante. Los documentos completos de la historia clínica ocupacional están bajo custodia y guarda, acorde con lo establecido en la resolución y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera.** Declaro que toda la información para los registros en la historia clínica es fidedigna y que no he omitido ningún detalle sobre mi estado de salud, ha objeto de que puedan ser confirmada. He sido informado(a) a cerca de la naturaleza y los fines de los exámenes médicos ocupacionales y paraclínicos que la empresa contratante solicita. Autorizo que sean estos realizados por los médicos y profesionales de la IPS.

VZAPATAP-02461203101107-5326533-010945494-A