CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



Corriente Vital

IPS CORRIENTE VITAL CONSULTORES SAS
NIT: 900520548-1
LSO 60004127

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1017265400-69418

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	27/06/2023 - LA CEJA	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	JUAN PABLO ARENAS AGUDELO	**Identificación:**	1017265400
Género	MASCULINO **Edad:** 24	**Teléfono**	**Móvil:** 3103714962
Fecha Nacimiento:	17/12/1998	**Cargo:**	ABOGADO(A)
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**EPS:**	EPS SURA
Dirección	CRR 20 CLL 8A-9 APT 206	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	UNIVERSITARIO	**AFP:**	NO REPORTA
Empresa	PARTICULAR		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

VISIOMETRÍA	CONTROL ANUAL, UTILIZA LENTES PARA CORREGIR VISION.
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN DE INGRESO SIN RESTRICCIONES NI RECOMENDACIONES PARA EL CARGO. SIN SINTOMATOLOGIA ASOCIADA A COVID-19.

Observaciones:

'RECOMENDACIONES PARA EL CARGO - UTILIZAR BLOQUEADOR SOLAR
- EVITAR ALIMENTACIÓN EN ÁREAS DE TRABAJO
- BUENA HIDRATACIÓN DURANTE LA JORNADA LABORAL.'

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

NO

Información de Remisiones

NO

EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL, SE EXPIDE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE.

'CONSENTIMIENTO INFORMADO
Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las prueba complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en que le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mi facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que si he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, Autorizo a la IPS. Para realizarme lo exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen médico ocupacional, espirometría, audiometría, optometría/visiometría, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales; y otras pruebas complementarias que sean necesarias según el cargo a desempeñar y también autorizo a 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. Que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.'

LUIS GUILLERMO MOSCOSO CRIADO

LSO 2021060130307 RM
1865 LSO

Médico Especialista en Salud Laboral

JUAN PABLO ARENAS AGUDELO 1017265400

Firma y cédula del Paciente

Corriente Vital

NIT. 900.520.548 - 1
Tel 553 1194 - 553 2334
Calle 18 No. 18 69
La Ceja, Antioquia