

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



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



EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1036957698-138225

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	03 jul. 2025 - LA CEJA	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	JHONATHAN FERNEY MARIN MORALES	Identificación:	1036957698
Género:	MASCULINO Edad: 28	Teléfono	Móvil: 3207710416
Fecha Nacimiento:	31/08/1996	Cargo:	INGENIERO
Estado Civil:	SOLTERO(A)	EPS:	EPS SURA
Dirección	VERED LA LAJA FICA 124	ARL:	NO REPORTA
Escolaridad:	UNIVERSITARIO	AFP:	NO REPORTA
Empresa	PARTICULAR		
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	PARTICULAR		

AREA: OPERATIVA

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

VISIOMETRÍA	VALORACION POR OPTOMETRIA
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, DEBE USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PARA REALIZAR ACTIVIDADES LABORALES. , DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA.

CONCEPTO LABORAL

EXAMEN DE INGRESO SIN RESTRICCIONES NI RECOMENDACIONES PARA EL CARGO.

Observaciones: EVALUACION MÉDICA OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR DENTRO DE LO NORMAL ***PRESENTA UN DÉFICIT VISUAL BILATERAL SIN CORRECCIÓN EN EL MOMENTO, REQUIERE VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA PARA FORMULACION DE CORRECTIVO VISUAL ADECUADO.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		
Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)		
VISUAL	-	PPyP

Información de Remisiones

OPTOMETRÍA FORMULACION DE CORRECTIVO VISUAL ADECUADO-
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.'

Médico Especialista en Salud Laboral
BEATRIZ ELENA AGUDELO OSPINA
LSO 2020060114348 RM 5-4450-13



Firma y cédula del Paciente
JHONATHAN FERNEY MARIN MORALES
1036957698