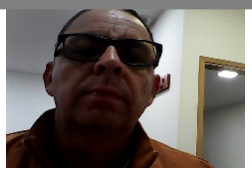
CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



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

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 98610768-160972

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	14 ene. 2026 - LA CEJA	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	MARIO ARTURO RIOS ZORRILLA	**Identificación:**	98610768
Género	MASCULINO **Edad:** 51	**Teléfono**	3206956745 **Móvil:** 3206956745
Fecha Nacimiento:	3/11/1974	**Cargo:**	ASESOR JURIDICO
Estado Civil:	CASADO(A)	**EPS:**	NUEVA EPS
Dirección	CARRERA 83 # 40 - 510	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	UNIVERSITARIO	**AFP:**	NO REPORTA
Empresa	PARTICULAR		
		AREA: OPERATIVA	
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	PARTICULAR -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

VISIOMETRÍA	SIN ALTERACIONES EN LA AGUDEZA VISUAL QUE INTERFIERAN CON EL DESEMPEÑO DE LAS FUNCIONES LABORALES. NO REQUIERE INTERVENCIÓN OPTOMÉTRICA EN ESTE MOMENTO.
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, CONTROL POR PROGRAMA DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA EPS. , 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: EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DENTRO DE LO NORMAL, SIN ALTERACIÓN OSTEOMUSCULAR *** PRESENTA ALTERACIÓN VISUAL BILATERAL EN EL MOMENTO CON ADECUADA CORRECCIÓN, SE SUGIERE CONTINUAR CONTROL HABITUAL POR OPTOMETRÍA Y USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA SEGUN HAYA SIDO INDICADO ****RETOMAR SEGUIMIENTO PERIÓDIO EN SU ENTIDAD DE SALUD, EN PROGRAMA DE RIESGO CARDIOVASCULAR, PATOLOGIA EN EL MOMENTO ASINTOMáTICA*****EL TRABAJADOR INFORMA LA EXISTENCIA DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS A NIVEL DE CODO IZQUIERDO. GENERALMENTE LA PRESENCIA DE ESTE MATERIAL NO GENERA SINTOMATOLOGÍA NI RIESGOS ADICIONALES, PERO SI EL TRABAJO A REALIZAR IMPLICA LA EXPOSICIÓN A VIBRACIONES SEGMENTARIAS, MOVIMIENTO REPETITIVOS INTENSOS Y PROLONGADOS O MOVILIZACIÓN DE CARGAS, ES NECESARIO EVALUAR LAS CONDICIONES ESPECÍFICAS, TENIENDO EN CUENTA LO DEFINIDO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST) DE LA EMPRESA

'RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: - USAR SILLA ERGONÓMICA Y REGULAR LA ALTURA DEL ASIENTO.
- REVISAR POSTURA CONSTANTEMENTE, MOVER PIES Y PIERNAS Y ALTERNAR SUS POSICIONES.
- EVITAR CRUZAR LAS PIERNAS Y FLEXIONAR LAS RODILLAS POR DEBAJO DE 90°
- PONER LOS ANTEBRAZOS SOBRE LA MESA Y LAS MUÑECAS ALINEADAS.'

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.'

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

Firma y cédula del Paciente
MARIO ARTURO RIOS ZORRILLA
98610768