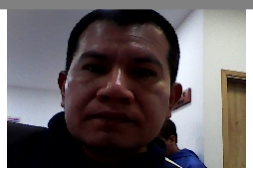
CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



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

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1116202064-153017

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	07 nov. 2025 - LA CEJA	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	EDUAR YARA CALDERON	**Identificación:**	1116202064
Género	MASCULINO **Edad:** 33	**Teléfono**	3233245476 **Móvil:** 3233245476
Fecha Nacimiento:	12/10/1992	**Cargo:**	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**EPS:**	EPS SURA
Dirección	CALLE 16 # 10 - 41	**ARL:**	ARL SURA
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

CONCEPTO LABORAL

EXAMEN DE INGRESO SIN RESTRICCIONES NI RECOMENDACIONES PARA EL CARGO.

Observaciones: EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DENTRO DE LO NORMAL, SIN ALTERACIÓN OSTEOMUSCULAR *** VISIOMETRIA ADECUADA PARA EL CARGO

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
EDUAR YARA CALDERON
1116202064