CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



ZONAMEDICA
Nit. 900170994-9

ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1144060925 - 1160925

SEDE AMÉRICAS

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA.

Empresa: PARTICULARES -
Actividad Económica:

Empresa en Misión/ Contrato/ Centro de Costo:

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	08 sept. 2026 - BOGOTA D.C - BOGOTA, DISTRITO CAPITAL	**Tipo de Examen:**	PRE-INGRESO
Paciente:	CARLOS MARIO BARRERA SANCHEZ	**Identificación:**	1144060925
Género	MASCULINO **Edad:** 33	**Teléfono**	3045512400 **Móvil:** 3045512400
Nacimiento:	10/04/1993 - IBAGUE - TOLIMA	**EPS:**	SANITAS S.A.
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**ARL:**	POSITIVA
Escolaridad:	MAESTRIA	**AFP:**	PORVENIR S.A.
Correo Electrónico:	carlosba23@hotmail.com	**Cargo:**	ABOGADO

AREA: No Reporta

EXÁMENES REALIZADOS - RECOMENDACIONES

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL	HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL
ANEXO OSTEOMUSCULAR	ÉNFASIS EN ADECUADA HIGIENE POSTURAL

CONCEPTO

SIN RESTRICCIÓN PARA LA LABOR

Observaciones: 1.MANTENER BUENAS POSTURAS FUERA Y DENTRO DEL TRABAJO
2.ESTILOS DE VIDA SALUDABLE CON HABITOS ADECUADOS DE DIETA Y EJERCICIO
3.CONTROL ANUAL EN OPTOMETRIA.

RECOMENDACIONES PARA EL CARGO

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO		

Información de Remisiones

NO

'CONSENTIMIENTO
En la Fecha, Yo, mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que he recibido la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y para clínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.

De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para realizarme los exámenes clínicos y para clínicos solicitado por mi empleador o entidad pertinente y 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. Autorizo a médicos de la institución el acceso a historia clínica.

LEY HABEAS DATA:
En cumplimiento de la ley estatutaria 1581 de octubre de 2012 , autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos.
'

'Yo, mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que he recibido la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y para clínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.
De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para realizarme los exámenes clínicos y para clínicos solicitado por mi empleador o entidad pertinente y 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.
LEY HABEAS DATA: En cumplimiento de la ley estatutaria 1581 de octubre de 2012, autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos
'

Rosa Isabel Mendoza Velásquez
Médico especialista en salud ocupacional y protección de riesgos laborales U.P.T.C
RM 1049626983 LIC S.O 0554/2017

MEDICO ESPEIALISTA EN SST
ROSA ISABEL MENDOZA VELASQUEZ
Cédula de Ciudadanía : 1049626983
R.M: 1049626983 - Lic. 0554/2017

Firma y cédula del Paciente
CARLOS MARIO BARRERA SANCHEZ
1144060925