# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

**INTERVENIR SALUD IPS SAS**
NIT: 900143900-2

**CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL**
**Certificado de aptitud: 19673661-48955**

## INFORMACIÓN GENERAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha y Lugar:** | 14/11/2025 - Tunja. | **Tipo de Examen:** | PRE-INGRESO |
| **Paciente:** | LUIS ANTONIO FUENTES ROPERO | **Identificación:** | 19673661 |
| **Género** | MASCULINO **Edad:** 56 | | |
| **Fecha Nacimiento:** | 25/05/1969 | **Cargo:** | AUXILIAR DE OBRA |
| **Escolaridad:** | SECUNDARIA | **EPS:** | NUEVA EPS S.A. |
| **Empresa** | INGNOVATEK S.A.S. | **ARL:** | POSITIVA. |
| | | **AFP:** | PROTECCION S.A. |

## EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

| | |
|---|---|
| **MEDICINA OCUPACIONAL** | SEGURIDAD/ERGONOMIA/HIGIENE EN EL TRABAJO |

## CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

**APTO PARA EL CARGO.**

Observaciones: CLINICAMENTE SIN LIMITACIONES EVIDENTES... SATISFACTORIOS / SI VACUNA COVID 19- MAGRO --

| Tipo de Restricción | Condiciones, Factores, Agentes Asociados | Permanente |
|---|---|---|
| NO | | |

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

| | | |
|---|---|---|
| SEGÚN MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS Y VALORACIÓN DE RIESGOS | - | PPyP |

## Información de Remisiones

NO

'En la fecha, actuando en pleno uso de mis facultades mentales o con representación de mi acudiente legal y actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento estado de salud, declaró que SI he recibió toda la información pertinente acerca de las evaluaciones médicas ocupacionales, los exámenes clínicos, paraclínicos y pruebas complementarias que me van a ser practicados, incluidas las posibles complicaciones que puedan generarse, 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 autorizó a INTERVENIR SALUD IPS S.A.S para realizarme, las evaluaciones médicas ocupacionales, los exámenes clínicos, paraclínicos, estando incluidas la toma de muestra de sangre y otros fluidos corporales además de las pruebas complementarias, solicitados por mi empleador o entidad remitente y a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud, el cual será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda.

En cumplimiento a la dispuesto en la Ley estatutaria 1581 del 17 de octubre de 2012, autorizo a INTERVENIR SALUD IPS S.A.S. para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos, para fines de apertura y registro de historia clínica y anexos pertinentes.

Certifico que he sido informado acerca de todas las restricciones y recomendaciones existentes de la labor.
'

Jairo E. Oviedo Salcedo
Médico Esp. Salud Ocupacional
RES 945 / 27 / 01 / 2020
C.C. 13922221

JAIRO OVIEDO SALCEDO

FLT

LUIS ANTONIO FUENTES ROPERO 19673661

Firma y cédula del Paciente

945-2020 12278

Médico Especialista en Salud Laboral