CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



CARVAJAL LABORATORIO IPS S.A.S
NIT: 900152996-7

Certificado de aptitud: 1057436451-209850

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Tipo de Examen: PRE INGRESO

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA.

Empresa: LINEA NACIONAL ESPECIAL DE TURISMO SAS
Actividad Económica: 4921 - TRANSPORTE DE PASAJEROS.

Empresa en Misión/ Contrato/ Centro de Costo: LINEA NACIONAL ESPECIAL DE TURISMO SAS -

INFORMACIÓN DEL PACIENTE.

Fecha y Lugar:	29 jul. 2026 - MIRAFLORES - BOYACA	**Identificación:**	1057436451
Paciente:	CARLOS ANDRES SUAREZ BUITRAGO	**Teléfono**	**Móvil:** 3125904453
Género	MASCULINO **Edad:** 33	**EPS:**	NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
Fecha Nacimiento:	16/11/1992	**ARL:**	NO REPORTA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**AFP:**	PROTECCION S.A.
Escolaridad:	UNIVERSITARIO	**Cargo:**	CONDUCTOR
Área: No Reporta			
Correo Electrónico:	carlosandres_1611@hotmail.com	**Peso: 72 Talla: 163 IMC: 27.1**	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS - RECOMENDACIONES.

AUDIOMETRIA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO
OPTOMETRIA	GAFAS PARA FIJACIÓN ´PROLONGADA
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL,ACTIVIDAD FISICA REGULAR, CONTROL DEL PESO,USO DE PROTECCION SOLAR
GLICEMIA	Realizado
PERFIL LIPIDICO	Realizado

CONCEPTO LABORAL

CUMPLE PARA EL CARGO

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

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

CARDIOVASCULAR	SOBRE PESO-	PPyP

Información de Remisiones

NO

'CONSENTIMIENTO INFORMADO

Autorizo al(a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mi el exámen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es) registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del exámen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional (es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que realizaran el(los) examen(es). Fuí ¡nformado de las medidas que tomará CARVAJAL LABORATORIO IPS S.A.S para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son VERÍDICAS. Autorizo a CARVAJAL LABORATORIO IPS S.A.S para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.
CARVAJAL LABORATORIO IPS S.A.S se acoge a las disposiciones de la ley 1581 del 2012 y al derecho reglamentario 1377 del 2013 y se responsabiliza del tratamiento de protección de datos personales'



MEDICO
OMAR HENRY PANCHE CUERVO
NIT : 79399229
- -

Firma y cédula del Paciente
CARLOS ANDRES SUAREZ BUITRAGO
1057436451