

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



IPS NORMEDIC SAS  
NIT: 901612535-3



## EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL Certificado de aptitud: 71371724-5319

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

<b>Fecha y Lugar:</b>	08 abr. 2025 - BELLO	<b>Tipo de Examen:</b>	EXAMEN MEDICO LABORAL DE EGRESO
<b>Paciente:</b>	JOSE NEIDER ORTIZ GUERRA	<b>Identificación:</b>	71371724
<b>Género</b>	MASCULINO <b>Edad:</b> 44	<b>Teléfono</b>	3216069279 <b>Móvil:</b> 3216069279
<b>Fecha Nacimiento:</b>	9/3/1981	<b>Cargo:</b>	CONDUCTOR
<b>Estado Civil:</b>	UNIÓN LIBRE	<b>EPS:</b>	SURAMERICANA.
<b>Dirección</b>	CLL 77E#69-119 BARRIO BOSQUES DE SAN PABLO	<b>ARL:</b>	NO REPORTA
<b>Escolaridad:</b>	TÉCNICO	<b>AFP:</b>	COLPENSIONES
<b>Empresa</b>	TRANSPORTES SUPERIOR S.A.S		
<b>Misión/Contrato/ Centro de Costo:</b>	TRANSPORTES SUPERIOR S.A.S	<b>AREA:</b>	No Reporta

### EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

**MEDICINA OCUPACIONAL** USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, INDICACIONES NUTRICIONALES, ACTIVIDAD FISICA 3 VECES POR SEMANA, — Hábitos de vida saludable, pausas activas, higiene postural, uso adecuado de elementos de protección personal.

### CONCEPTO LABORAL

#### EXAMEN DE EGRESO SATISFACTORIO

Observaciones:

'RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: Se le realiza examen ocupacional de egreso. Al momento del examen físico, trabajador en buenas condiciones generales, sin alteraciones funcionales u orgánicas; el trabajador relata sentirse en buenas condiciones y niega dolores o molestias relacionadas con su labor. Se considera retiro satisfactorio y se dan recomendaciones al trabajador.

\*\*\*El usuario certifica que no ha omitido información acerca de su estado de salud, todo es verídico y puede ser confirmado; por esta razón firma consentimiento informado y diligencia encuesta de estado de salud.\*\*\*

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

NO

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

NO

### Información de Remisiones

NO

'CONSENTIMIENTO INFORMADO: Autorizo a la IPS para que le dé el manejo de CUSTODIA y CONFIDENCIALIDAD en cumplimiento de las Resoluciones 2346 del 2007, 1918 del 2009 y 0839 del 2017 expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y en la normatividad vigente. Además doy fe que toda la información por mí suministrada es completa y verídica. Con mi firma expreso mi consentimiento para todas las pruebas realizadas y el resultado del concepto médico de aptitud laboral. '

Médico Especialista en Salud Laboral  
EULFRAN SEGUNDO SANTODOMINGO  
SANTODOMINGO  
470040 44 000000400400



Firma y cédula del Paciente  
JOSE NEIDER ORTIZ GUERRA  
71371724