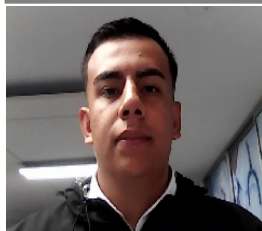


# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



## UNIDAD MEDICA RIONEGRO LTDA

Licencia en Seguridad y Salud en el Trabajo No. 10608  
CLL 76 No 20C - 42 - Barrio Juan XXIII - PBX - 3001509  
unirionegro@gmail.com

**EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL**  
Certificado de aptitud: 1011086151-135866

### INFORMACIÓN GENERAL

<b>Fecha y Lugar:</b>	13/02/2025	BOGOTA D.C.	<b>Tipo de Examen:</b>	INGRESO	
<b>Paciente:</b>	FELIPE PULIDO MALAGON		<b>Identificación:</b>	1011086151	
<b>Género:</b>	MASCULINO	<b>Edad:</b>	19	<b>Teléfono:</b>	
<b>Fecha Nacimiento:</b>	21/07/2005		<b>Cargo:</b>	CONDUCTOR (A)	<b>Móvil:</b> 3008994688
<b>Estado Civil:</b>	SOLTERO(A)		<b>EPS:</b>	FAMISANAR	
<b>Dirección:</b>	CLLC 143 A N 127 D 86		<b>Escolaridad:</b>	TÉCNICO	
<b>Empresa:</b>	PARTICULARES				
<b>Empresa en Misión:</b>	PARTICULARES -				

### EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

<b>PSICOSENSOMETRICO</b>	El aspirante CUMPLE con las aptitudes requeridas para ejercer el cargo como conductor
<b>VISIOMETRIA</b>	CONTROL ANUAL
<b>EXAMEN MEDICO DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR</b>	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HABITOS DE VIDA SALUDABLES, DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA.

### CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

\_ APTO CON RECOMENDACION

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

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

PSICOSOCIAL

BIOMECANICO

### Información de Remisiones

NUTRICION

EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL, SE EXPIDE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TRABAJADOR: Autorizo al (a) doctor (a) abajo mencionado (a) a realizar mi examen medico y/o paraclinico (s) ocupacional (es), registrado (s) en este documento. El (la) doctor (a) abajo mencionado (a) me ha explicado la naturaleza y proposito de examen medico y/o paraclinico (s) ocupacional (es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el proposito, los beneficios, la interpretacion, las limitaciones y riesgos del examen medico y/o paraclinico ocupacional (es), a partir de la asesoria brindada antes de la respectiva toma de las prueba (s). Entiendo que la realizacion de esta (as) prueba (as) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el (los) examen (es). Fui informado de las medidas que tomara la UNIDAD MEDICA RIONEGRO LTDA. para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mi en este (as) examen (es) estan completas y son veridicas. Autorizo a la UNIDAD MEDICA RIONEGRO LTDA. para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislacion vigente, la informacion registrada en este documento, para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislacion. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior, y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Dr. Luis Eduardo Santacruz R.  
Especialista Salud Ocupacional  
LIC. 10651 - S.S.B.  
R.M. 19466214



Médico Especialista en Salud Laboral  
LUIS EDUARDO SANTACRUZ RIVADENEIRA  
14687 - 05/12/2017 19466214

Firma y cédula del Paciente  
FELIPE PULIDO MALAGON  
1011086151