




CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL



**JAIME ALBERTO ALVAREZ TOBON**  
NIT 71596086- 9  
CRA 46 N° 54-14 Cons.1402 3015713030





Fecha Examen : 29/01/2024 HORA : 12:37  
Tipo de Examen : INGRESO  
Empresa : PARTICULAR

| IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR |            |                            |            |                |                       |                   |          |
|-------------------------------|------------|----------------------------|------------|----------------|-----------------------|-------------------|----------|
| NOMBRE DEL TRABAJADOR         |            | ROBINSON LOPEZ GIRALDO     |            | DOCUMENTO      | CC - 1035127127       |                   |          |
|                               |            |                            |            | PROFESION      | PROFESION NO DEFINIDA |                   |          |
| LUGAR DE NACIMIENTO           |            | ANORI                      |            | DIRECCION      | BARRIO LOS ANGELES    |                   |          |
| F.NACIMIENTO                  |            | 22/08/1989                 | SEXO       | MASCULINO      | TELEFONO              | 31222517249       |          |
| EDAD                          |            | 34 Años - 5 Meses - 7 Dias |            | RH: A+         | MUNICIPIO             | ANORI (ANTIOQUIA) |          |
| ESTADO CIVIL                  |            | UNION LIBRE                |            |                | E.P.S.                | NUEVA EPS SA.     |          |
| ESCOLARIDAD                   |            | Secundaria                 |            | N. HIJOS :     | 1                     | A.F.P.            | PORVENIR |
| CARGO A DESEMPEÑAR            |            | CONDUCTOR                  |            |                | A.R.L.                | NO DEFINIDA       |          |
| Fecha de Ingreso              | 07/10/2023 |                            | Antigüedad | 0 Años 3 Meses |                       |                   |          |

| RESULTADO DE EXAMENES          |                                     |
|--------------------------------|-------------------------------------|
| Audiometría                    | No realizado                        |
| Glicemia                       | No realizado                        |
| Hemoleucograma y Sedimentación | No realizado                        |
| Columna y Osteomuscular        | Normal                              |
| Espirometría                   | No realizado                        |
| Valoración Psicológica         | Normal durante la evaluación médica |
| Examen Visual Ocupacional      | EMETROPE                            |
|                                |                                     |
|                                |                                     |

| CONCEPTO MEDICO INGRESO                                 |                                     |
|---|-------------------------------------|
| Apto sin patología aparente                             | <input type="checkbox"/>            |
| Apto para el cargo con patología que no limita la labor | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Apto para el cargo a desempeñar con restricciones       | <input type="checkbox"/>            |
| Motivo:   |                                     |
| Aplazado  | <input type="checkbox"/>            |
| Motivo:   |                                     |
| No Apto para el cargo                                   | <input type="checkbox"/>            |
| Motivo:   |                                     |
| Próxima valoración ocupacional                          |                                     |

| EX. VIS. | Cerca | Lejos | Usa Corrección   |
|----------|-------|-------|------------------|
| OD       | 0.5 M | 20/20 | NO               |
| OI       | 0.5 M | 20/20 | Visión Cromática |
| AO       | 0.5 M | 20/20 | Normal           |

| RECOMENDACIONES - OBSERVACIONES Y RESTRICCIONES   |  | S.V.E.       |                          |
|---|--|--------------|--------------------------|
| Completar el esquema de vacunación acorde a los factores de riesgo presentes en la empresa. adjuntar copia del carné de vacunación.<br>Hábitos saludables: dieta adecuada y ejercicio físico 150 minutos a la semana de una duración no menor a 30 minutos por sesión<br>Reportar las condiciones de trabajo que pueden ser generadoras de accidentes laborales<br>Utilizar adecuadamente los elementos de protección personal<br>Cumplir a cabalidad con las normas del reglamento de higiene y seguridad industrial en la empresa<br>Reportar todo incidente y/o accidente de trabajo que ocurra<br>Disminuir de Peso<br>EMETROPE |  | Visual       | <input type="checkbox"/> |
|   |  | Auditivo     | <input type="checkbox"/> |
|   |  | Ergonómico   | x                        |
|   |  | Psicosocial  | <input type="checkbox"/> |
|   |  | Cardiovasc.  | x                        |
|   |  | R. Biológico | <input type="checkbox"/> |
|   |  | Respiratorio | <input type="checkbox"/> |
|   |  | Químico      | <input type="checkbox"/> |
| Remisión EPS : NO   |  | Voz          | <input type="checkbox"/> |

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Previamente a este examen he sido informado por la empresa y el médico examinador de las exigencias de Ley para su relación, por consiguiente certifico que he autorizado para que se me efectúe, incluyendo los exámenes de laboratorio y ayudas paraclínicas que estén establecidas para el cargo dentro del programa de salud Ocupacional de la empresa, igualmente autorizo para que su contenido sirva para los diferentes sistemas de vigilancia epidemiológica que estén establecidos (Resolución.2346/07). El examinado autoriza para que a través del médico de la empresa, ésta conozca el certificado médico de ingreso ocupacional e igualmente la exposición anterior a riesgos ocupacionales.

EXAMINADO: Bajo la gravedad de juramento afirmo que he contestado todas las preguntas realizadas sin omitir información sobre mi historia de salud. Así mismo he recibido las recomendaciones y / o restricciones sobre mi puesto de trabajo para que pueda cumplir la labor que se me ha asignado, acatando así lo dispuesto por la resolución 2346 de 2007

