CALLE 48C # 65 - 23
SECTOR SURAMERICANA
TELEFONO: 230 18 10 - FAX: 260 83 80
MEDELLIN - COLOMBIA
E-mail: solicitudservicios@previlabor.com.co



DÍA	MES	AÑO
12	2	2021

Hora Registro: 12:10 PM

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL - PREEMPLEO

NOMBRE:	ALEXANDER EDUARDO FLORIAN VILLA	**CEDULA:**	71795328	**EMPRESA CONTRATANTE:**	INSTITUCION UNIVERSITARIA SALAZAR Y HERRERA
CIUDAD	Medellín	**CARGO:**	DOCENTE DE CATEDRA	**EMPRESA EN MISIÓN**	INSTITUCION UNIVERSITARIA SALAZAR Y HERRERA
EPS	EPS SURA				

A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES

EXAMEN	FECHA
AUDIOMETRIA CLINICA	12/2/2021
VISIOMETRIA	12/2/2021
HEMOCLASIFICACIÓN GRUPO RH	12/2/2021
EVALUCIÓN DE LA VOZ	12/2/2021

CONCEPTO VALORACION MEDICA

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

CUMPLE CON EL PERFIL OCUPACIONAL DEL CARGO.NO PRESENTA NINGUNA RESTRICCION LABORAL AL MOMENTO

Se realizó examen médico con evaluación osteomuscular

CONDUCTA:

Para Empresa
- INGRESAR AL SISTEMA DE VIGILANCIA OSTEOMUSCULAR
- INGRESAR AL SISTEMA DE VIGILANCIA VISUAL
- INGRESAR AL SISTEMA DE VIGILANCIA PSICOLABORAL
- APLICAR PAUSAS ACTIVAS
- CAPACITAR EN HIGIENE POSTURAL
Para el Trabajador
- USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL.
- ACATAR NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

TRABAJO ESTATICO: VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES ERGONÓMICAS DEL PUESTO DE TRABAJO.
INDUCCIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y PAUSAS ACTIVAS.
DINAMICO Y CARGAS: INDUCCIÓN EN MANEJO SEGURO DE CARGAS E HIGIENE POSTURAL.
MOVIMIENTOS REPETITIVOS: PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN ESTIRAMIENTO Y DESCANSO DE LAS ZONAS CORPORALES INVOLUCRADAS.
ADECUADA INDUCCIÓN POR PARTE DEL EMPLEADOR EN LAS NORMAS DE HIGIENE POSTURAL.

REALIZAR EVALUACION VISUAL PERIODICA PARA VERIFICAR EL ESTADO DE LA SALUD VISUAL, EL CUAL DEBE ESTAR ACORDE A LAS EXIGENCIAS LABORALES.

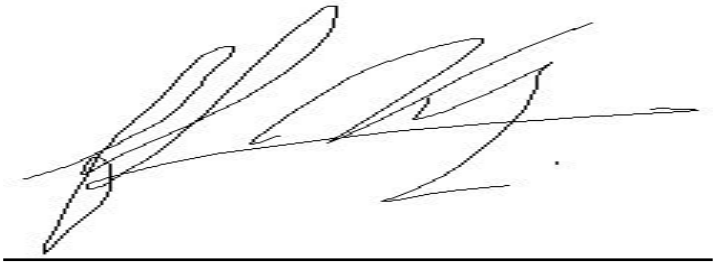
USO PERMANENTE DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN ÁREAS RUIDOSAS LABORALES.

REQUIERE USO APROPIADO DE CORRECCIÓN VISUAL.

Certifico que no he omitido información acerca de mi estado de salud, todo es verídico y puede ser confirmado

CONSENTIMIENTO INFORMADO
Certifico que he comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos de la Historia Clínica Ocupacional. También certifico que he discutido con la persona que me ha brindado la asesoría, el procedimiento mediante el cual recibiré mis resultados y que estoy de acuerdo con el proceso.
Entiendo que la realización de ésta(as) prueba(s) es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea realizado el examen.
Certifico que no he omitido información acerca de mi estado de salud, todo es verídico y puede ser confirmado, además que fui informado de las medidas que se tomarán para proteger la confiabilidad de mis resultados.





IVAN DARIO GALEANO VELEZ

Licencia No. L.S.O: 60089498/2017 RM: 2122

NOMBRE Y LICENCIA DEL ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

FIRMA DEL TRABAJADOR

C.C. No.

CRA. 64A No. 48-37, SECTOR SURAMERICANA TORRE 7, SECTOR NORTE, CONSULTORIO 105 - TELÉFONOS: 230 18 10 - 436 61 53 - 230 22 64 - FAX: 260 83 80 - E-mail: solicitudservicios@previlabor.com.co - solicitudservicios@previlabor.com.co
MEDELLIN - COLOMBIA