| Dr. Alexander Maldonado Herrera<br>Médico Especialista<br>Gerencia Salud Ocupacional<br>USC/FUAA | CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL | Codigo: AM01 |
|---|---|---|
| | | Version: 001 |
| | | Emision: Noviembre 19 |
| | GESTION ASISTENCIAL | Pagina: 1 de 1 |



**Certificado de Aptitud laboral de :** INGRESO
**Fecha de Atencion:** viernes, 7 de febrero de 2020
**Nombre del trabajador:** JORGE MARIO MEJIA RADA
**Cedula de Ciudadania:** 80.757.256 **de** BOGOTA
**Edad:** 36 años
**Empresa:** PARTICULAR
**Cargo:** INSTRUCTOR
**Area / Seccion:** DOCENCIA

**RECOMENDACIONES GENERALES:**

CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA DE SU EPS
0
0
0
0
0
0
0

**Examenes complementarios**

| | | |
|---|---|---|
| **Audiometria** | 7/02/2020 | **NORMAL** |
| **Visiometria** | 0/01/1900 | **0** |
| **Optometria** | 7/02/2020 | **ACEPTABLE** |
| **Espirometria** | 0/01/1900 | **0** |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7/02/2020 | **Glicemia** | NORMAL | **Colesterol** | 0 | **Triglicéridos** | 0 | **HB HTO** | 0 | **Perfil Lipídico** | ACEPTABLE |
| **Otros:** | **Serología** | 0 | **Coprológico** | 0 | **Frotis N.F** | 0 | **KOH UÑAS** | 0 | **Hemograma** | 0 |

**Otros:** 0
0
0

| | |
|---|---|
| **Recomendaciones Ocupacionales** | RECOMENDACIONES ERGONOMICAS: USO DE EPP,PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A LAS NORMAS DE LA EMPRESA, HIGIENE POSTURAL, EJERCICIO, DIETA |

0
0
**Restricciones:**
0
0

**Concepto medico de Aptitud Laboral:** **EXAMEN DE INGRESO SIN RESTRICCIONES**

La presente certificacion se expide con base en la Historia Clinica Ocupacional del trabajador la cual tiene caracter confidencial y su manejo regulado (Resolucion 2346 del 2007).

Dr Alexander Maldonado H
Medico Especialista
Gerencia Salud Ocupacional
USC/FUAA

**Firma Medico Ocupacional y Registro Medico**

**JORGE MARIO MEJIA RADA CC 80757256**

**Firma y cédula del trabajador**

Huella indice derecho

Declaración del trabajador: Certifico que la informacion que he suministrado es verdad, puede ser confirmada por la empresa aceptando que cualquier inexactitud puede motivar la invalidez de mi contrato; igualmente me encuentro conforme con la informacion de mi examen medico y resultados paraclinicos. Autorizo para que entregue los resultados en el Departamento de Salud Ocupacional de la empresa, quienes se encargaran de enviarla a la respectiva E.P.S. a la cual sere afiliado.