CENTRO ESPECIALIZADO DE SERVICIOS MEDICOS S.A.S.
NIT: 900570427-0
CARRERA 13 No. 6 a -24 TELEFONO: 3102746383
LICENCIA S.O. 1650/2013 código habilitación 4100101445

CERTIFICADO MEDICO

EMPRESA: Fuerza Aérea de Colombia, FAC. FECHA: 06/10/2021

INGRESO X PERIODICO RETIROS REINTEGROS POS INCAPACIDAD

NOMBRES Y APELLIDOS: **ANDRÉS GUILLERMO RENGIFO CASTILLO** C.C. 1014235909

CARGO: ASESOR JURÍDICO

EXAMENES PRACTICADOS

Examen	SI	NO	LABORATORIOS	SI	NO
Evaluacion Medico Ocupacional	X		GLUCOSA		X
Visiometria	X		PERFIL LIPIDICO		X

RESULTADO DE VALORACION MEDICA
EXAMEN DE INGRESO

APTO PARA EL CARGO **X** SIN PATOLOGÍA APARENTE ____ CON PATOLOGÍA QUE NO LIMITA LA LABOR

APTO CON RESTRICCION **MOTIVO** ____

APLAZADO **MOTIVO** ____

NO APTO **MOTIVO** ____

EXAMEN PERIODICO

PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR

SE SUGIERE REUBICACION LABORAL TEMPORAL PERMANENTE REASIGNAR TAREAS

OTROS

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS NO APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS PUEDE MANIPULAR ALIMENTOS

APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS EXAMEN OSTEOMUSCULAR NORMAL X ANORMAL

EXAMEN DE EGRESO

SATISFACTORIO NO SATISFACTORIO MOTIVO ____

SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL Si No

RECOMENDACIONES ESPECIFICAS

Dentro de la evaluación médica integral realizada, se hizo un especial énfasis en su estado osteomuscular para establecer su capacidad para movilizar cargas o realizar actividades con Movimientos y posturas forzadas, no encontrándose alteraciones significativas que se considere puedan generar un riesgo aumentado para su salud y seguridad. Este examen es realizado en condiciones de reposo y tiene el carácter de tamizaje osteomuscular y el hecho de no evidenciarse patología o secuelas de ella, no significa que pueda realizar actividad o tareas que superen su capacidad física, lo cual debe verificarse de manera permanente y evaluarse de acuerdo a los criterios del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo, con la asesoría y asistencia técnica de la Administradora de Riesgos Laborales. Es necesario implementar todas las medidas de prevención y protección.

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

MEDIDAS	OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	
REMISION A EPS	USO DE EPP		INICIO DE ACTIVIDAD FISICA	X
	INGRESO A SVE		VERIFICAR Y/O COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACION	
CONTINUAR MANEJO MEDICO	SIVIG - OTOM	X	DEJAR DE FUMAR	
	SIVIG - OIR (Ruido)	SIVIG-Visual	PAUSAS ACTIVAS	X
SEGUIMIENTO CASO POR ARL	SIVIG - Sustancias Químicas		REDUCIR CONSUMO DE ALCOHOL	
	SIVIG- Biológico		DIETA BAJA EN GRASAS Y/O HARINAS	
CITOLOGIA VAGINAL	SIVIG - Radiaciones ionizantes		CONTOL DE PESO	
	SIVIG- Psicolaboral			
	SIVIG - Cardiovascular		OTRO	CUAL

Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realicen de manera voluntaria el examen medico ocupacional y/o examenes complementarios y dejo constancia que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento del examen medico ocupacional y/o examenes complementarios y referenciados en este documento. Comprendo el proposito, los beneficios, interpretacion, limitaciones y riesgos del examen medico ocupacional y/o examenes complentarios a partir de la informacion recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que no he omitido ningun dato relevante sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y/o familiares que pudiesen influir sobre mi estado de salud Certifico que toda la informacion expresada en este documento es verdadera y completa y acepto el manejo de confidencialidad que la empresa de a la misma Autorizo que suministren la informacion necesaria a las personas o entidades cotempladas en la legislacion para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional

NOMBRE DEL MEDICO - FIRMA - REGISTRO Y LICENCIA S.O.



FABIAN MAURICIO MENDEZ MORENO - R.M. 137/2004 L.S.0 0398 DE 2016

FIRMA DEL TRABAJADOR Y CC

Andrés Guillermo Rengifo Castillo
C.C. No. 1.014.235.909