DRA. MARIA CAMILA PEDREROS ACEVEDO – MEDICINA LABORAL
MEDICINA PREVENTIVA-SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO

CERTIFICADO MEDICO LABORAL

(DEACUERDO CON LA RESOLUCION N° 25-0220 DE 2021)

LUGAR Y FECHA DEL EXAMEN: DIA 28 **MES** 04 **AÑO** 2021 **CIUDAD:** El Colegio- Cundi



1. IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA
Razón social del empleador o contratante: Gobernación de Cundinamarca
Actividad económica: Salud
Lugar del trabajo: Gobernación de Cundinamarca

2. IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR		
Nombres y apellidos: VICTOR JAVIER PAEZ DUARTE		
Tipo de documento de identidad: Cedula	**N° 1033733731**	
Género : Masculino	**Edad: 29 años**	**Rh: O+**
Cargo a desempeñar: Referente Cancer		

3. TIPO DE EXAMEN			
1. Ingreso: X	**2. Periódico:**	**3. Egreso:**	**Retorno al trabajo:**
5. Cambio de labor:	**6. Pericial:**	**7. viaje al exterior:**	**8. Otro:**
Exámenes realizados: EXAMEN MEDICO LABORAL			

4. CONCEPTO DE APTITUD	
1. Ingreso: Apto: **X**	**2. Recomendaciones:** Apto con restricciones de: **NINGUNA**

3. Periódico: Normal: - Remisión a la EPS: NO	**4.Retiro:** Normal: - Remisión a la EPS:

ANTECEDENTES MEDICOS: Niega antecedentes patológicos, Alergia a tramadol, niega antecedentes musculo esqueléticos. Niega limitaciones funcionales. Niega antecedentes farmacológicos.
PESO: 80 kg **TALLA:** 1.73cm
TA: 120/72 FC:76 T:36.4

Examen Fisico: Paciente estable consiente orientado en tiempo y espacio, afebril con buena sistema osteo articular, sin evidencia de alteraciones cardiorespiratorias , digestivas ni circulatorias.

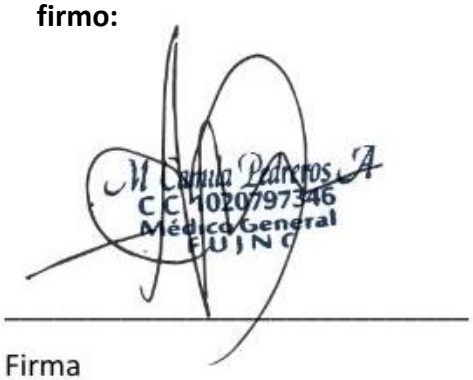
5. APTITUD ESPECIFICA PARA TAREAS

SE CERTIFICA QUE AL MOMENTO DE LA EVALUACIÒN NO PRESENTA SIGNOS NI SÍNTOMAS COMPATIBLES CON INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA. IGUALMENTE SE CERTIFICA QUE NO PRESENTE ANTECEDENTE DE PATOLOGIA DE ALTO RIESGO EN COMORBILIDAD CON COVID-19. IGUALMENTE SE CERTIFICA QUE NIEGA NEXO EPIDEMIOLÓGICO ALGUNO CON COVID-19.

6. RECOMENDACIONES

Control periódico ocupacional cada 6 meses.
Hábitos de vida saludable
Medidas de Bioseguridad en ambiente laboral.

CONSENTIMIENTO: Declaro que he dado mi consentimiento al médico y que he sido informado de los beneficios, riesgos y resultados de los exámenes solicitados. Declaro que la información que suministré en este examen es completa y verdadera y autorizo al médico para que, en caso necesario, informe a la empresa sobre mi estado de salud. Así mismo me comprometo a seguir las recomendaciones. En constancia de todo lo anterior firmo:



Firma

Médico y cirujano General / Especialista en Gerencia SST

RM. 1020797346