


*Dra. Erika Johana Flórez Grajales*

*Médica especialista en seguridad y salud en el trabajo*
*UNIVERSIDAD DE MANIZALES*
*FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA*


MEDITRAB

# CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

## EXAMEN MEDICO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA:** | 04/01/2020 | **EDAD:** | 46 AÑOS DE EDAD |
| **TIPO DE DOCUMENTO:** | CEDULA DE CIUDADANIA | **NUMERO DE DOCUMENTO:** | 71.748.652 |
| **NOMBRES:** | HEINER ALONSO | **APELLIDOS:** | TRUJILLO URIBE |
| **EMPRESA CONTRATANTE:** | ALCALDIA SANTA ROS A DE CABAL | **CARGO:** | CONTRATISTA |
| **TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL:** (Ingreso, egreso, post incapacidad, reintegro, cambio de ocupación, periódico, programado, otro) | | | INGRESO |

***CONCEPTO DE APTITUD:*** Aplica para Ingreso, post incapacidad, reintegro, cambio de ocupación:

- Sin limitaciones para el cargo: X
- Con limitaciones para el cargo: -------
- Aplazado: -------
- No apto: -------

Concepto de aptitud apoyado en el perfil para el cargo: SI X NO --------

***OBSERVACIONES Y ACLARACIONES:*** *(Restricciones, recomendaciones o motivo de aplazamiento)*

PACIENTE APTO PARA EL CARGO ASIGNADO, SE RECOMIENDA REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, TENER ADECUADA HIGIENE POSTURAL, ACATAR NORMAS DE BIOSEGURIDAD Y UTILZIAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL.

**EL CONCEPTO DE APTITUD SE EMITIO A PARTIR DE:**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Examen médico general | X | Neuro-conducción | | LABORATORIOS | NO |
| Tamizaje de audiometría | X | Evaluación osteomuscular | X | Hemograma | |
| Tamizaje de espirometría | | Evaluación dermatológica | | Perfil lipídico | |
| Tamizaje de visiometría | X | Evaluación trabajo en alturas | | Glicemia | |
| Examen optométrico | | Evaluación manipulación de alimentos | | Otros: cual | |
| Electrocardiograma | | Evaluación cardiopulmonar | X | | |

| INCLUIR AL SVE (SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA) O PROGRAMA DE PREVENCION Y PROMOCION | | | |
|---|---|---|---|
| 1- VISUAL | 2. PSICOLABORAL | 3. ERGONOMICO | 4. BIOLOGICO |

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR:** Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que serán realizadas por la doctora, en CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10) Igualmente la autorizo expresamente, para que informe al médico de Salud ocupacional o medicina laboral de la Empresa (cuando se cuente con este recurso) sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional y/o los exámenes paraclínicos a mi realizados, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social).

Dra. Erika Flórez G.
MEDICA LABORAL
RM: 1093220846
LPSST: 2605-18

DRA: ERIKA JOHANA FLOREZ GRAJALES
RM: 1093220846 LPSST: 2605 – 18
MEDICA ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FIRMA DEL EMPLEADO




Escaneado con CamScanner