

Dr. Oscar Jair Ospina, Medico Esp. en Salud
Ocupacional Resolución 11200 del 02/11/2010
expedida por la Secretaría Distrital de Salud
Bogota

CERTIFICADO MEDICO APTITUD LABORAL



FECHA	3/01/2018	CIUDAD	BOGOTA	H. LLEGADA	14:00	H. SALIDA	14:24
NOMBRE	JORGE YESID MORENO PABUENA			CC. No	80.139.601		
EMPRESA	SUB RED SUR OCCIDENTE			CARGO	TRANSCRIPTOR IMAGEN DIAGNOSTICA		

Examinado el abajo firmante y de acuerdo con las Resoluciones No 2346 de 2007 y 1918 de 2009 emanadas por el Ministerio de la protección Social, ratificando la última, que la custodia de la Historia Clínica será responsabilidad de la institución prestadora del servicio y estará disponible para los fines pertinentes, se expide el presente CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL REALIZADO	INGRESO	X	EGRESO	POST INCAPACIDAD	PERIODICO
1. APTO(A) para el cargo, sin restricciones			2. APTO(A) con restricciones		
3. APLAZADO para el cargo			4. APTO(A) con recomendaciones		
5. Apto para Trabajo en Alturas			7. No Apto para Trabajo en Alturas		
6. Apto para Manipulación de alimentos			8. No Apto para Manipulación de alimentos		
9. Periodico satisfactorio			10. Periodico no satisfactorio		
11. Puede reintegrarse a sus labores			12. No puede reintegrarse a sus labores		
13. Egreso Satisfactorio			14. Egreso no satisfactorio		

RECOMENDACION MEDICA VISUAL		RECOMENDACION MEDICA AUDITIVA			
1. Requiere corrección optica inmediata	☒	1. Uso de audifonos permanentes			
2. Uso lentes permanentes	☐	2. Control por Audiometria semestral			
3. Control anual por Optometria	☒	3. Control por Audiometria anual			
4. Uso de lubricantes oculares	☐	4. Req de lavado de oído unila			Bilateral
5. Uso de lentes oscuros proteccion UVR	☐	5. Req Val ORL	EPS		ARL

RECOMENDACION MEDICA NUTRICIONAL Y CARDIOVASCULAR				RECOMENDACION MEDICA OCUPACIONAL Y RESTRICCION			
1. Dieta baja en sal		2. Control de Glicemia		1. Reubicar en otra area de trabajo			
3. Control periodico de dislipidemia				2. Pausas activas permanentes		✓	
4. No ingesta de grasas y fritos				3. Uso adecuado de E.P.P a labor		✓	
5. Dieta baja en carbohidratos y azucares				4. Uso de ferula con banda metalica			
6. Control de tension arterial por E.P.S				5. Uso de corrector de postura			
7. Realizar 30 Minutos diarios de ejercicio				6. No alzar mas de 10 Kg de peso			
8. Uso de medias varices de		Baja compresion		7. No digitar por mas de 3 horas labor dia			
Media compresion		Alta compresion		8. No laborar en alturas superiores a 1,50 mt			

INGRESA A P.V.E	
1. CARDIOVASCULAR	
2. VISUAL	
3. AUDITIVO	
4. PSICOSOCIAL	
5. ERGONOMICO	
9. No caminar por terrenos montañosos y boscosos	
10. Evitar subir y bajar escaleras en forma repetitiva	
11. Evitar caminatas largas	
12. No realizar actividades manuales repetitivas por mas de 3 horas labor dia	
13. Evitar movimientos repetitivos del antebrazo sobre hombro	
14. No realizar actividades que comprometa codos por mas de 2 horas labor dia	

REMITIR A: EPS ARL

EXAMENES REALIZADOS:	Osteomuscular	X	Cardiovascular	Neurologico	KOH Uñas
Agudeza Visual	X		Optometria	Espirometria	Visiometria
Frotis d Garganta	Coprológico		Glicemia	Glucosa post	Trigliceridos
Creatinina	Perfil Lipidico		C. Hematico	Serologia	Parcial de orina
Sust. Psicoactivas	Baciloscopia		Electrocardiogr	Pruebas Psicotecnicas	
Alcoholemia	Otros Examenes				

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O DEL TRABAJADOR: Autorizo al doctor (a) a realizarme el examen medico y/o paraclínico ocupacional registrados en este documento. Se me ha explicado la naturaleza y proposito de este examen medico y sus paraclínicos, he comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el proposito, los beneficios, la Interpretacion, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico a través de la asesoria brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la relación de estas pruebas es voluntaria y que pude la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizaran estos exámenes. Fui informado a cerca de la confiabilidad de los datos y resultados aquí registrados y la protección que se le dará a este documento. Las respuestas dadas están completas y son verdicas. Autorizo a la empresa para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido contemplados antes de mi firma y me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.



MEDICO EN SALUD OCUPACIONAL LICENCIA No

FIRMA TRABAJADOR G.C.

HUELLA DACTILAR