	IPS SAN FERNANDO SAS **900,475,095** **LICENCIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO No.2469 DE 2014**	COD	F-EO-01-FI
		VERSION	3
		FECHA	19-AGT-20
	CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL	Pág. 1 de 1	

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre de la empresa: 8. NOTARIADO Y REGISTRO Entidad en Mision: 8. NOTARIADO Y REGISTRO
Ciudad: PUERTO LOPEZ- META
SECTOR: ENTIDAD ESTATAL

FECHA:15/02/2022 HORA : 13:02



DATOS DEL TRABAJADOR

Nombres JUAN DAVID Apellidos:DEL CAMPO GOMEZ Nro Hijos: 00 Edad: A028
CC: 1,125,474,068 Genero:Masc CARGO: ABOGADO F.nacimiento 29/11/1993
Direccion: CALLE 58 NO 44 81 PORFIA Estrato: 0 Telefono: 3142707624 ARL:
Eps: E.P.S. SANITAS S.A. RH: O + AFP: PORVENIR

TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL -REHUSA Examen Medico

PRE INGRESO	X	PERIODICO		EGRESO		REUBICACION		VALORACION MEDICA		CAMBIO DE CARGO	
BRIGADISTA		POST INCAPACIDAD		PRE VACACIONAL		POST VACACIONAL		REINTEGRO LABORAL		OTRO	

EXAMENES REALIZADOS (MARQUE CON UNA X)

Examen Medico Ocupacional	SI	Optometria	NO	Audiometria	NO	Espirometria	NO	Osteomuscular	SI	Cardiovascular	NO
Alturas	NO	Laboratorios:		Cuadro Hematico	NO	Glicemia	NO	Parcial de orina	NO	Perfil lipidico	NO
Alcohol en saliva	NO	Marihu. en orina	NO	Cocaina en Orina	NO	Creatinina	NO	Psicologia	NO	Manip. de alimentos	NO
Otros Examenes: 1				2				3			

EXAMEN PERIODICO:

Continua en su Cargo: SI NO Debe Ser Reubicado SI NO
Se Envia a su EPS para Su Valoracion: SI NO Se Envia a su ARP para seguimiento de Caso SI NO

EXAMEN DE RETIRO:

Enfermedad Comun: SI NO: **Debe ser valorado:**
Ingreso al P.V.E: SI: X NO: Estudio de E.P. SI: NO: Estudio de A.T.E.P: SI: NO:
Cual:CARDIOVASCULAR

EXAMEN REINTEGRO:	
EXAMEN PRE-INGRESO:	PRESENTA CONDICIONES DE SALUD QUE NO DISMINUYEN SU CAPACIDAD LABORAL
EXAMEN PERIODICO:	
EXAMEN EGRESO:	

SE AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA:

APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS	SI	NO	NO APLICA X
APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS	SI	NO	NO APLICA X
APTO PARA LABORAR EN ALTURAS	SI	NO	NO APLICA X
APTO PARA CONDUCIR	SI	NO	NO APLICA X

NOTA: para trabajar en alturas es necesario previa verificacion de certificacion en alturas RESOLUCION 1409 DE 2012

TIPO DE RESTRICCIONES

Tipo de restriccion	Condiciones, factores, funciones, o agentes de riesgo asociados	Temporal	Permanente

RECOMENDACIONES

1.Uso de EPP

uso bota puntera de acero	X
uso zapato de goma	
uso camisa manga larga	X
uso de casco / confia	X
Proteccion auditiva doble	X
Proteccion solar FP 100	X
Uso gafas de proteccion	X
Uso proteccion respiratoria	X
Utilizar Ayudas Ergonomicas	X

EXAMEN OCUPACIONAL SIN PARACLINICOS

2.Cambios estilo de vida

Gimnasia laboral	X
Higiene postural	X
Dieta sin grasa / Dieta sin azucar	
Bajar de peso	X
Suprimir cigarrillo	
Reducir consumo de alcohol	
uso medias anti varices	
Control TA	
Control periodico Ocupacional	X

BAJAR DE PESO

3.Capacitacion

Capacitar Trabajos en alturas y/o espacios confinados	
Induccion puesto de trabajo	X
Pausas activas c/2h	X
Adecuada manipulacion de cargas hasta 5-10-15-20 KL	X
S.S RX Torax	
S.S RX C.L.S.	
EMO+VIAC MM SS	

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mi el examen medico y/o paraclinico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento.El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y proposito del examen medico y/o paraclinico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el proposito, los beneficios, la interpretacion, las limitaciones y riesgos del examen medico y/o paraclinico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoria brindada antes de la respectiva toma de pruebas. Entiendo que la realizacion de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomara Salud Ocupacional de IPS SAN FERNANDO SAS para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuesta dadas por mi en este(os) estan completas y son veridicas. Autorizo a Salud Ocupacional de IPS SAN FERNANDO SAS para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislacion vigente, la informacion registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional de IPS SAN FERNANDO SAS y para las situaciones Finalmente manifiesto que he leido y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

MEDINA GRANADOS FERNANDO
FIRMA Y SELLO MEDICO
REGISTRO MEDICO 1121-GT-3643

TRABAJADOR: DEL CAMPO GOMEZ JUAN DAVID
C.C. 1,125,474,068

Hora de Entrega:h2:m2

Escaneado con CamScanner