



I.P.S. SALUD OCUPACIONAL REGIONAL **SORE** S.A.S.

Página: 1 de 1

NIT. 900.421.821-1 / RÉGIMEN COMÚN
AV. FERROCARRIL No. 41-46 Tels.: 2647277
2701329 / Cel.: 310-8713746 Ibagué, Tolima
saludocupacional@sore@yahoo.com / www.soresaludocupacional.com

Resolución Secretaría de Salud del Tolima No. 2984 del 27 de Oct. 2010

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL



CARGO: CONTRATISTA

NOMBRE DEL PACIENTE: SANDRA LUCIA HINCAPIE GALINDO

DOCUMENTO: 65764132

EMPRESA CONTRATANTE: SUPERINTENDENCIA DE SALUD

EMPRESA EN MISIÓN:

TIPO DE EXAMEN: INGRESO

FECHA: 2017-05-26

CIUDAD: IBAGUE

EXAMENES QUE SE LE REALIZARON

Examen Médico Ocupacional

CONCEPTO

Apto para manipular alimentos: SI ☐ NO ☐ Aplazado ☐ No Aplica ☒
Apto para trabajar en alturas: SI ☐ NO ☐ Aplazado ☐ No Aplica ☒

EXAMEN DE INGRESO

Tipo: APTO

CONDUCTA

MANEJO POR EPS/ARL

Control Periódico PP por EPS

CONTROL PERIÓDICO OCUPACIONAL

Higiene Postural

Utilización de EPP

Utilización de ayudas ergonómicas

HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA

Dieta

Ejercicio regular 3 veces/semana

ACCIONES EN SISTEMA INTEGRAL DEL RIESGO

Sistema Integral de Gestión del Riesgo	SI	NO	Condiciones o intervenciones para limitar el Daño
Exposición a Factores de Riesgo por Trabajo en Alturas		X	Capacitar en el uso, dotar y usar elementos e implementos para trabajo seguro
Visual	X		Usar Protector Visual
Cardiovascular	X		Recomendaciones dietarias y farmacológicas
Auditivo	X		Protector Auditivo Permanente
Biomecánico	X		Hacer pausas activas durante la jornada
Respiratorio	X		Usar Elementos de protección respiratoria
			Lentes Correctivos
			Medidas Adicionales
			Limitar Exposición
			Limitar Movimientos
			Medidas Adicionales

NOTA: USAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DURANTE LA JORNADA LABORAL

RECOMENDACIONES ESPECIFICAS

CONTROL MEDICO PERIODICO

CONDICIONES LABORALES SEGURAS Y ADECUADAS

CONTROL CON NUTRICION DE EPS

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Yo SANDRA LUCIA HINCAPIE GALINDO identificado(a) con C.C. No. 65764132 Autorizo al médico abajo mencionado, a que me realice de manera voluntaria el examen médico ocupacional, exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización del examen médico ocupacional, y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, interpretación, limitaciones y riesgos del examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información suministrada, es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que la Empresa da a la misma. Autorizo que suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional. Consentimiento informado de acuerdo a la resolución 1995 de 1999.

TRABAJADOR: SANDRA LUCIA HINCAPIE GALINDO

Firma del Trabajador

C.C. 65764132

MÉDICO: CHISTIAN EDWIN CACERES ORJUELA

Firma del Médico

REGISTRO MÉDICO Y L.S.O.: 732363