

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:	08/02/2021			**EDAD:**	28 AÑOS DE EDAD
TIPO DE DOCUMENTO:	CEDULA DE CIUDADANIA		**NUMERO DE DOCUMENTO:**		1.053.821.983
NOMBRES:	SIMON MATEO			**APELLIDOS:**	GOMEZ GIRALDO
EMPRESA CONTRATANTE:	ALCALDIA SANTA ROSA 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 CONTROL DE PESO CON DIETA Y EJERCICIO, 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

SIMON MATEO

FIRMA DEL EMPLEADO