CENTRO CLÍNICO VERUTTI

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL DE APTITUD LABORAL

CENTRO CLÍNICO VERUTTI SAS

Nit: 900815255 -4

CARRERA 10 # 17N - 45 ANTONIO NARIÑO - 8353401 - POPAYAN

Codigo Atención: HG0100018537

Fecha 12-01-2022 03:25:00 PM

Datos del Paciente

Identificacion:	Nombres y apellidos:	Edad:	Profesion:
1061793598	GUAUÑA GUENDICA VALENTINA	25 Años	LICENCIADA EN EDUCACION PRIMERA INFANCIA
Cargo actual o aspira:	**EPS:** SANITAS	**ARL:**	**AFP:**
Empresa Labora: SENA	**Evaluacion** EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO		

Riesgos prioritarios del cargo

BIOLOGICOS ✖ BIOMECANICOS ✔ CONDICIONES SEGURIDAD ✔ FENOMENOS NATURALES ✖ FISICOS ✖ PSICOSOCIALES ✔ QUIMICOS ✖

Examenes paraclinicos

Restricciones

EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO

Observaciones

1.USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DEACUERDO A SU TIPO DE EXPOSICION ESTE DEBE SER INDICADO POR SU EMPRESA. — 2. SE BRINDA EDUCACION DE HIGIENE POSTURAL, E HIGIENE DE COLUMNA —3. SE BRINDA EDUCACION PARA PREVENCION DE ENFERMEDADES OSTEOMUSCULARES 4. SE RECOMIENDA REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DENTRO DE SU JORNADA LABORAL. —5. SI PRESENTA ACCIDENTE DE TRABAJO ES SU DEBER REPORTAR INMEDIATAMETE A SU JEFE INMEDIATO, PARA QUE PUEDA REPORTAR A LA ARL QUE SE ENCUENTRA AFILIADO —

Recomendaciones

CONTROL DE PESO, ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, ALIMENTACION BALANCEADA, ACTIVIDAD FISICA MEDICAS PREVENTIVAS FRENTE AL COVID 19

Concepto de aptitud

Concepto	SI	NO
Presenta Restriccion para el desempeño del cargo		✖
Presenta Restriccion para trabajo seguro en alturas	✔	
Presenta Restriccion para manipulacion de alimentos	✔	

Concepto	SI	NO
Presenta defecto o enfermedad aparente		✖
Presenta Alteracion o enfermedad que No limita la actividad		✖
Presenta alteracion o enfermedad que limita o impide la actividad		✖

CON RESTRICCIONES

✔ SIN RESTRICCIONES

Firma del Profesional:

Profesional: CALVACHE OCAMPO INGRID SORAYA
Especialidad: MEDICO OCUPACIONAL
T.P: 13133/19
MEDICO ESPECIALISTA

Ingrid S. Calvache O.
Médico General UCC
R.M. 1061710999
Esp. SST U.Cauca / Res. 13133 11-19

Firma del Trabajador o Paciente:

Valentina Guauña
1061793598

Declaro que he dado consentimiento para la práctica de este examen y autorizó la custodia de mi historia clínica al CENTRO CLINICO VERUTTI S.A.S. Certifico que la información por mi dada es completa, verdadera y que estoy de acuerdo con el resultado del examen (Res 2346 de 2007 y por la Res 001918 de 2009 la cual se modifican los artículos 11 y 17 de la resolucion2346 de 2007)