GRUPO EMPRESARIAL
PRO -AMBIENTAL S.A.S

EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL
CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



INFORMACION GENERAL

FECHA Y LUGAR:	21122021 CALI	TIPO DE EXAMEN:	INGRESO
PACIENTE:	DAIRO RENTERIA MOSQUERA	IDENTIFICACION:	16.935.953
GENERO:	MASCULINO EDAD 40	TEL MOVIL	3175936074
ESTADO CIVIL:	UNION LIBRE	EPS	COOMEVA
ESCOLARIDAD:	PROFESIONAL INGENIERO INDUSTRIAL		
EMPRESA:	ALCALDIA DISTRITAL SANTIAGO DE CALI		
ACTIVIDAD ECONOMICA:	PRESTACION DE SERVICIOS		

EXAMENES DE DIAGNOSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL

RECOMENDACIONES OCUPACIONALL

1. PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS MINIMO MINUTO SEGÚN PROTOCOLO DE LA EMPRESA.
2. SUMINISTRAR PROTECCION PERSONAL REQUERIDOS PARA LA REALIZACION SEGURA DE LAS TAREAS PROPIAS DE LA OCUPACION A DESEMPEÑAR.
3. REALIZAR INDUCCION O REINDUCCION A CARGO
4. EXAMENES OCUPACIONALES PERIODICOS SEGÚN PROFESIOGRAMA DE EMPRESA.
5. CAPACITAR EN HIGIENE DE POSTURA.
6. CAPACITAR EN LA PREVENCION DE LOS RIESGOS PROPIOS DEL OFICIO PROPIO A REALIZAR

RECOMENDACIONES GENERALES

1. HABITOS SALUDABLES (HORAS DE SUEÑO ADECUADAS.
2. REALIZAR ALGUNA ACTIVIDAD FISICA (DEPORTE) CON
3. FRECUENCIA MINIMA TRES VECES POR SEMANA MINIMO 40 MINUTOS POR SECCION.
4. CONSUMO DE DIETA BALANCEADA.
5. SE RECOMINEDA VALORACION POR NUTRICIONISTA EPS.

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO CON RECOMENDACIÓN

OBSERVACIONES

TIPO DE RESTRINCCION	CONDICIONES, FACTORES, AGENTES ASOCIADOS	PERMANENTES
NO		

INGRESAR AL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDIOMOLOGICA O PROGRAMA DE PREVENCION Y PROMOCION

NO

INFORMACION DE PREVENCION

NUTRICION EPS

En la fecha, yo mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en buen uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ningún índole y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que he recibido toda la información pertinente acerca de los exámenes cli-nicos y paracli-nicos que me van hacer practicados y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a la IPS para realizarme los exámenes cli-nicos y paracli-nicos solicitados por mi empleador o entidad remitente, para realizar las muestras de sangre y otros fluidos corporales y a que los resultados de dichos exámenes sean plasmado de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. En cumplimiento en lo dispuesto en la ley estatutaria 1581 del 17 de octubre del 2012.Autorizo a la IPS para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos. Las respuestas dadas por mi están completas y son verídicas firmo para constancia.

MD. JAVIER ALBERTO CHAUX
Medico Especialista en la Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo
RM 1130617259
Lic. 2840 24/12/2019

JAVIER CHAUX 2840
FIRMA DEL ESPECILISTA EN SALUD LABORAL

DAIRO RENTERIA MOSQUERA
C.C. 16.935.953
FIRMA Y CEDULA DEL PACIENTE