FUNDACION CERTIFICAR
Prestador: 230010172301
NIT 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2022/12/21	Nro Ingreso:	2022122102018
Paciente:	SUJEYS ESTELA GONZALEZ GONZALEZ	CC:	25775876
Edad:	38 años	Nombre Cliente:	FUNDACION CERTIFICAR
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	GESTION DOCUMENTAL	Convenio:	CONTRATO No 1 : FUNDACION CERTIFICAR- PARTICULARES : EVENTO
Origen:	PARTICULAR	Destino:	
Fecha Salida:	2022-12-21 08:50:00	Fecha Atención:	2022-12-21 08:36:04
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS **LABORATORIO CLINICO** **COMPLEMENTARIOS** **VACUNAS**

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO MEDICO REUMATOLOGICO POR SU EPS, QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIAS RELACIONADOS CON EL COVID -19
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	* SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS * HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO * PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA

Recomendaciones Generales

- [ ] Examen Periodico Ocupacional
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [ ] Continuar Manejo Medico
- [ ] Pausas Activas
- [ ] Uso de E.P.I.
- [ ] Higiene Postural
- [ ] Remitir a EPS

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular: Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo

Limitaciones o Restricciones

NINGUNA

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR.

Profesional Ocupacional: LUIS ARMANDO ANAYA CANCHILA 0

Registro M.D: 70349

Licencia S.O: 1162

Firma del Paciente: SUJEYS ESTELA GONZALEZ GONZALEZ

Identificacion: CC. - 25775876

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner