Empresa Social del Estado Salud Yopal	**E.S.E. SALUD YOPAL** **844,003,225** **PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD**	COD	F-EO-01-FI
		VERSION	3
		FECHA	19-AGT-20
	CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL	Pág. 1 de 1	

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre de la empresa: PARTICULAR Entidad en Mision: PARTICULAR
Ciudad: YOPAL- CASANARE
SECTOR: OTROS FECHA:17/08/2021 HORA : 10:55



DATOS DEL TRABAJADOR

Nombres ELIZABETH Apellidos:BONILLA RINCON Nro Hijos: 02 Edad: A044
CC: 52,197,758 Genero:Fem. CARGO: ABOGADA F.nacimiento 28/04/1977
Direccion: CLL 27 14A -28 CS 10 Estrato: 0 Telefono: 3125213343 ARL: POSITIVA
Eps: E.P.S. SANITAS S.A. RH: O + AFP: PORVENIR

TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

PRE INGRESO	X	PERIODICO		EGRESO		REUBICACION		VALORACION MEDICA		CAMBIO DE CARGO	
BRIGADISTA		POST INCAPACIDAD		PRE VACACIONAL		POST VACACIONAL		REINTEGRO LABORAL		OTRO	

EXAMENES REALIZADOS (MARQUE CON UNA X)

Examen Medico Ocupacional	SI	Optometria	NO	Audiometria	NO	Espirometria	NO	Osteomuscular	SI	Cardiovascular	NO
Alturas	NO	Laboratorios:		Cuadro Hematico	NO	Glicemia	NO	Parcial de orina	NO	Perfil lipidico	NO
Alcohol en saliva	NO	Marihu. en orina	NO	Cocaina en Orina	NO	Creatinina	NO	Psicologia	NO	Manip. de alimentos	NO

Otros Examenes: 1 ____ 2 ____ 3 ____

DIAGNOSTICOS:

Z100 EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL

EXAMEN PERIODICO:

Continua en su Cargo:	SI		NO		Debe Ser Reubicado	SI	NO
Se Envia a su EPS para Su Valoracion:	SI		NO		Se Envia a su ARP para seguimiento de Caso	SI	NO

EXAMEN DE RETIRO: **Debe ser valorado:**

Enfermedad Comun: SI: NO: Estudio de E.P: SI: NO: Estudio de A.T.E.P: SI: NO:
Ingreso al P.V.E: SI: NO: X Cual:

EXAMEN REINTEGRO:	
EXAMEN PRE-INGRESO:	CUMPLE CON LOS REQUISITOS NECESARIOS PARA EL PERFIL DEL CARGO
EXAMEN PERIODICO:	
EXAMEN EGRESO:	

SE AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA:

APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS	SI		NO		NO APLICA	X
APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS	SI		NO		NO APLICA	X
APTO PARA LABORAR EN ALTURAS	SI		NO		NO APLICA	X
APTO PARA CONDUCIR	SI		NO		NO APLICA	X

NOTA: para trabajar en alturas es necesario previa verificacion de certificacion en alturas RESOLUCION 1409 DE 2012

TIPO DE RESTRICCIONES

Tipo de restriccion	Condiciones, factores, funciones, o agentes de riesgo asociados	Temporal	Permanente

RECOMENDACIONES

1.Uso de EPP		2.Cambios estilo de vida		3.Capacitacion	
uso bota puntera de acero		Gimnasia laboral	X	Capacitar Trabajos en alturas y/o espacios confinados	
uso zapato de goma		Higiene postural	X	induccion puesto de trabajo	
uso camisa manga larga		Dieta sin grasa		Dieta sin azucar		Pausas activas c/2h	
uso de casco / confia		Bajar de peso		Adecuada manipulacion de cargas hasta 5-10-15-20 KL	
Proteccion auditiva doble		Suprimir cigarrillo		S.S RX Torax	
Proteccion solar FP 100		Reducir consumo de alcohol		S.S RX C.L.S.	
Uso gafas de proteccion		uso medias anti varices		EMG+VMC MM SS	
Uso proteccion respiratoria	X	Control TA			
Utilizar Ayudas Ergonomicas		Control periodico Ocupacional	X		

GUATIBONZA SUAREZ ALEXANDRA MA
FIRMA Y SELLO MEDICO
REGISTRO: SO01520/18

TRABAJADOR: BONILLA RINCON ELIZABETH
C.C. 52,197,758

Hora de Entregah2:m2