| | E.S.E. SALUD YOPAL<br>844,003,225<br>PROFESIONALES EN SALÚD 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: ALCALDIA MUNICIPAL — Entidad en Misión: ALCALDIA MUNICIPAL
Ciudad: YOPAL- CASANARE
SECTOR: EMPLEADA — FECHA: 19/02/2021 — HORA: 15:45



## DATOS DEL TRABAJADOR

Nombres: LUIS FERNANDO — Apellidos: NAVARRO SANCHEZ — Nro Hijos: 00 — Edad: A034
CC: 1,118,531,170 — Genero: Masc — CARGO: TECNOLOGO CONTABILIDAD — F.nacimiento 08/06/1986
Direccion: CRR 29 29 27 — Estrato: 1 — Telefono: 3112072552 — ARL: POSITIVA
Eps: MEDIMAS EPS SAS — RH: A + — 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 Médico Ocupacional | SI | Audiometria | NO | Visiometria | NO | Espirometria | NO | Optometria | NO | | |
| Cuadro Hematico | NO | Glicemia | NO | Parcial de Orina | NO | | | Perfil Lipidico | NO | | |
| Electrocardiograma | NO | Alcohol en Saliva | NO | Marihuana en Orina | NO | Cocaina en Orina | NO | Creatinina | NO | | |

Otros Examenes: 1 ____ 2 ____ 3 ____

## DIAGNOSTICOS:

R635 AUMENTO ANORMAL DE PESO

## 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: X NO: — Cual: ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

| | |
|---|---|
| EXAMEN PREINGRESO: | 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 |
| LABORAR EN ALTURAS | SI | | NO | | NO APLICA | X |

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

## TIPO DE RESTRUCCIONES

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

## RECOMENDACIONES

**1.Uso de EPP**

| | | | |
|---|---|---|---|
| uso bota punteira de acero | | uso zapato de goma | |
| uso camisa manga larga | | uso de casco / cofia | |
| Proteccion auditiva doble | | Proteccion solar FP 100 | |
| Uso gafas de proteccion | | Uso proteccion respiratoria | X |
| Utilizar Ayudas Ergonomicas | | | |

**2.Cambios estilo de vida**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Gimnasia laboral | X | Higiene postural | X |
| Dieta sin grasa | X | Dieta sin azucar | X |
| Bajar de peso | X | Suprimir cigarrillo | |
| Reducir consumo de alcohol | | uso medias anti varices | |
| Control TA | | Control periodico Ocupacional | |

**3.Capacitacion**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Capacitar Trabajos en alturas y/o espacios confinados | | Induccion puesto de trabajo | |
| Pausas activas c/2h | | Adecuada manipulacion de cargas hasta 5-10-15-20 KL | |
| S.S RX Torax | | S.S RX C.L.S. | |
| EMO+VIAC MM SS | | | |

DIETA HIPOCALORICA BAJA EN GRASAS
ACTIVIDAD FISICA DIARIA

JUSTINIANO ALVARADO MARIA
FIRMA Y SELLO MEDICO
REGISTRO: 0152018

TRABAJADOR: NAVARRO SANCHEZ LUIS FERNANDO
C.C. 1,118,531,170

Hoja de Evaluación.mz