## CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

# INGRESO

| | |
|---|---|
| **NOMBRE DE LA EMPRESA** | INDEPENDIENTE |
| **CARGO ACTUAL O A DESEMPEÑAR** | CONTRATISTA |
| **CIUDAD** | CALI |
| **FECHA** | 14/12/2021 |



**INFORMACION PERSONAL**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRES** | DIEGO FERNANDO | **APELLIDOS** | LOPEZ PATIÑO |
| **CEDULA** | 16746895 | **DIRECCION** | CRA 1C 2 72 65 |
| **TELEFONO** | 3137173945 | **A. NACIMIENTO** | 27/01/1968 |
| **EDAD** | 53 | **ARL** | POSITIVA |
| **EPS** | COOMEVA | **AFP** | COLPENSIONES |
| **ESCOLARIDAD** | BACHILLER | **ESTADO CIVIL** | CASADO |
| **GENERO** | MASCULINO | **LUGAR PROCEDENCIA** | TULUA (VALLE) |

**EXAMENES REALIZADOS**

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PESO** | 74,6 | **TALLA** | 1,70 |
| **IMC** | 26 | **TENSION ARTERIAL** | 100/90 |
| **TEMPERATURA** | NORMAL | **DOMINANCIA** | DIESTRO |

**CONCEPTO DE APTITUD**

SIN RESTRICCIONES PARA LABORAR

**PRESENTA RESTRICCIONES**

NO

**OBSERVACIONES Y/O COMENTARIOS**

HIGIENE POSTURAL - PAUSAS ACTIVAS - USO DE EPP - AUTO CUIDADO - ESTILO DE VIDA SALUDABLE - DESINFECCION FRECUENTE DE MANOS -USO PERMANENTE DE TAPABOCAS -DISTANCIAMIENTO SOCIAL. PACIENTE A QUIEN SE LE REALIZA ENCUESTA INSTITUCIONAL DE RIESGO COVID 19 - NIEGA CONTACTO CON PERSONAL POSITIVO PARA COVID Y NIEGA SINTOMAS ASOCIADOS A COVID EN LOS ULTIMOS 14 DIAS. EJERCICIO FISICO MINIMO 3 VECES POR SEMANA- SE RECOMIENDA DISMINUCION DE PESO, DIETA BAJA EN GRASAS Y CARBOHIDRATOS- OPTOMETRIA PERIODICA.

**INGRESO PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA**

BIOMECANICO - PAUSAS ACTIVAS. VISUAL.

IPS OCCUPATIONAL CENTER S.A.S. Hace constar que realizó examen médico al trabajador y que de acuerdo a la resolución N. 1918 de 2009, la custodia de la historia clínica es responsabilidad de la institución. En concordancia con el artículo 22 del decreto 1295 de 1994 y lo establecido en el Código Sustantivo de Trabajo artículo 62 ordinal A punto 1. el trabajador consta que la información que suministra es fidedigna, cierta, veraz y completa y que a su vez no omite ningún dato sobre su estado de salud.

**ALEJANDRA MUÑOZ ZEA**
LSO. 2054 RM 004486
Firma y sello del Médico evaluador

Firma del trabajador evaluado