Empresa Social del Estado	**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: ALCALDIA MUNICIPAL Entidad en Mision: ALCALDIA MUNICIPAL
Ciudad: YOPAL- CASANARE
SECTOR: EMPLEADO FECHA:10/02/2021 HORA : 07:16



DATOS DEL TRABAJADOR

Nombres FLOR DIADILIA Apellidos:DEDIOS PAEZ Nro Hijos: 01 Edad: A030
CC: 1,118,545,604 Genero:Fem. CARGO: PROFESIONAL DE APOYO F.nacimiento 20/09/1990
Direccion: CL 22 12 115 Estrato: 1 Telefono: 3102020843 ARL: POSITIVA
Eps: CAPRESOCA E.P.S. 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 Médico Ocupacional	SI	Audiometría	NO	Visiometría	NO	Espirómetria	NO	Optometría	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:

Z100 EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL
K429 HERNIA UMBILICAL SIN OBSTRUCCION NI GANG
R011 SOPLO CARDIACO, NO ESPECIFICADO

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: VISUAL.

EXAMEN PRE-INGRESO:	PRESENTA CONDICIONES DE SALUD QUE NO DISMINUYEN SU CAPACIDAD LABORAL
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 RESTRICCIONES

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

RECOMENDACIONES

1.Uso de EPP

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

2.Cambios estilo de vida

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

3.Capacitacion

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

CONTINUAR CONTROLES Y MANEJO EN SU EPS POR ANTCEDENTES PATOLOGICOS, ALIMENTACION SALUDABLE , REALIZAR EJERCICIOS, USO DE EPP QUE ASIGNE LA EMPRESA SEGUN EL CARGO. ACUDIR A LOS PROGRAM AS DE PROMOCION Y PREVENCION EN SU EPS. SE RECUERDA LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD LAVADO F RECUENTE DE MANOS, DISTANCIAMIENTO SOCIAL Y USO DE TAPABOCAS.

FIRMA Y SELLO MEDICO
REGISTRO:

TRABAJADOR: DEDIOS PAEZ FLOR DIADILIA
C.C. 1,118,545,604