

CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL

Fecha: 16/12/2017, BOGOTA BOGOTÁ

TIPO DE EXAMEN: EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO**DATOS DE PACIENTE:**

Nombre y Apellidos Paciente: CARMEN CECILIA RIVEROS RUIZ
 Tipo y Nro. de Identificación: CC 35456891 Género: Femenino
 Edad: 62 Años Fecha de Nacimiento: 7/04/1955
 Empresa: UNIDAD DE PLANIFICACION DE TIERRAS
 Actividad económica:
 Cargo u oficio: CONTRATISTA Tipo de Cargo: Administrativo
 Fecha de Ingreso: //

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

Laboratorios: Si

09-nov-17 0002730019 0000903841 GLUCOSA SUERO U OTRO FLUIDO DI
 09-nov-17 0002730019 0000903818 COLESTEROL TOTAL
 09-nov-17 0002730019 0000903868 TRIGLICERIDOS

Valoraciones Complementarias: ENFASIS OSTEOMUSCULAR Electrocardiograma Optometría Audiometría Anexo
 Cardiovascular

CALIFICACIÓN CONCEPTO DE APTITUD: APTO CON PATOLOGÍA QUE NO INTERVIENE CON SU LABOR

OBSERVACIONES: NO**RECOMENDACIONES AL TRABAJADOR:**

ESTILO DE VIDA Y HÁBITOS ALIMENTICIOS SALUDABLE	DIETA RICA EN VERDURAS Y FRUTAS, ABUNDANTES LIQUIDOS MAS DE 5 VASOS DE AGUA/DIA.
HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA	CAPACITAR EN HIGIENE POSTURAL.
CONTROL MÉDICO EPS	CONTROL MEDICO PERIODICO EPS. REMISION A ORTOPEDIA, SEGUIR RECOMENDACIONES Y RESTRICCIONES
CONTROL PERIÓDICO CON OPTOMETRÍA	ANUAL.
USO DE CORRECCIÓN VISUAL O CORRECCIÓN ÓPTICA	USO DE GAFAS PERMANENTES.

RECOMENDACIONES A LA EMPRESA:

MEDIDAS ERGONÓMICAS EN EL PUESTO DE TRABAJO	AJUSTES A PUESTO DE TRABAJO SEGUN ANTROPOMETRIA.
PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL	CADA 2 HORAS.
INGRESO AL PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA VISUAL	AHORA, PARA EMISION DE RECOMENDACIONES
INGRESO AL PROGRAMA DE RIESGO CARDIOVASCULAR	AHORA, PARA EMISION DE RECOMENDACIONES



CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL

Fecha: 16/12/2017, BOGOTA BOGOTÁ

TIPO DE EXAMEN: EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE PACIENTE:

Nombre y Apellidos Paciente: CARMEN CECILIA RIVEROS RUIZ
 Tipo y Nro. de Identificación: CC 35456891 Género: Femenino
 Edad: 62 Años Fecha de Nacimiento: 7/04/1955
 Empresa: UNIDAD DE PLANIFICACION DE TIERRAS
 Actividad económica:
 Cargo u oficio: CONTRATISTA Tipo de Cargo: Administrativo
 Fecha de Ingreso: //

INGRESO AL PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA PARA DESÓRDENES MUSCULO-ESQUELÉTICOS (BIOMECÁNICO)	AHORA, PARA EMISION DE RECOMENDACIONES
---	--

RESTRICCIONES: No

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Yo CARMEN CECILIA RIVEROS RUIZ Identificado con CC 35456891 Autorizo de manera voluntaria al personal médico y paramédico que la institución defina para que se me realicen durante el tiempo necesario el examen médico ocupacional y los exámenes complementarios a que haya lugar y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización del examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, interpretación, limitaciones y riesgos del examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el (los) profesional(es).
 Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que Compensar dé a la misma.
 Autorizo que se suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para las gestiones y cumplimiento del Sistema de Seguridad y Salud en el trabajo.

Firma Profesional

Firma aspirante o trabajador

Cesar Rodríguez A.
MEDICO E.S.O.
 R. N. 1408 - LSO 4946

Carmen Cecilia Riveros Ruiz

Nombre: RODRIGUEZ ANAYA CESAR GIOVANNY

Nombre: CARMEN CECILIA RIVEROS RUIZ

Registro 1408
L.S.O. 4946

C.C. 35456891