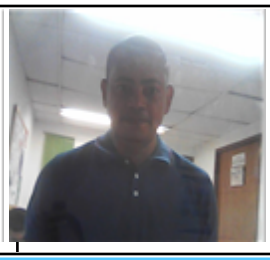
CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

HIGEA SALUD OCUPACIONAL Y RIESGOS SAS

NIT 900804955-4

Calle 55 # 46-14 Oficina 1109 Edificio Perú Oriental - TEL: 3227042 - 3146682467

PARTICULAR



Fecha Examen : **09/09/2020 HORA : 11:44**

Tipo de Examen : **INGRESO**

Empresa : **PARTICULAR**

IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

NOMBRE DEL TRABAJADOR	***EDINSON MARTINEZ MORA***			DOCUMENTO	CC - 70529388
				PROFESION	PROFESIONAL
LUGAR DE NACIMIENTO	ARBOLETES			DIRECCION	CLL 61 N 56 18
F.NACIMIENTO	15/07/1980	SEXO	MASCULINO	TELEFONO	3113645606
EDAD	40 Años - 1 Meses - 26 Dias	RH:	O+	MUNICIPIO	MEDELLIN (ANTIOQUIA)
ESTADO CIVIL	SOLTERO(A)			E.P.S.	COOMEVA
ESCOLARIDAD	Superior	N. HIJOS :	1	A.F.P.	PROTECCION
CARGO A DESEMPEÑAR	**DOCENTE**			A.R.L.	NO DEFINIDA
Fecha de Ingreso	09/09/2020	Antiguedad	0 Años 0 Meses	Misión en	

RESULTADO DE EXAMENES

Audiometría	Sensibilidad auditiva periferica conservada bilateralmente
Glicemia	Normal
Perfil lipidico	Alteración leve
Columna y Osteomuscular	Sin alteración
Espirometría	No realizado
Valoración Psicológica	Normal durante la evaluación médica
Valoración por optometria	Alteración de refracción lejana importante sin corrección

CONCEPTO MEDICO INGRESO

Apto para el cargo sin patologia aparente	
Apto para el cargo con patología que no limita la labor	
Apto para el cargo a desempeñar con restricciones	X

Motivo:

Aplazado	

Motivo:

No Apto para el cargo	

Motivo:

Próxima valoración ocupacional

EX. VIS.	Cerca S.L	Lejos S.L	Cerca C.L	Lejos C.L	Usa Corrección
OD	0.5 M	20/200	0.5 M	20/20	NO
OI	0.5 M	20/200	0.5 M	20/20	**Visión Cromática**
AO	0.5 M	20/200	0.5 M	20/20	Normal

RECOMENDACIONES - OBSERVACIONES Y RESTRICCIONES

Restricción:
Uso de corrección optica para la labor
(Restricción de caracter PERMANENTE por la causa que lo genera)

Recomendación Ocupacional:
Valoración PRIORITRIA por optometra en su eps para formulación correcciói optica
Realizar perfil lipidico completo en su eps
Si presenta fiebre mayor o igual a 38°C - tos o dificulatda para respirar se recomienda consultar a su medico tratante
Uso de tapa boca permanente fuera de su entorno familiar (en área laboral)
Lavado de manos durante 20 segundos con agua y jabon posterior a contacto con objetos inanimados o personas y cada 2 horas aun sin contacto activo
Completar el esquema de vacunación acorde a los factores de riesgo presentes en la empresa. adjuntar copia del carné de vacunación.
Hábitos saludables: dieta adecuada y ejercicio físico 150 minutos a la semana de una duración no menor a 30 minutos por sesión
Reportar las condiciones de trabajo que pueden ser generadoras de accidentes laborales
Utilizar adecuadamente los elementos de protección personal
Cumplir a cabalidad con las normas del reglamento de higiene y seguridad industrial en la empresa
Reportar todo incidente y/o accidente de trabajo que ocurra
Mantener una adecuada hidratacion.
Realizar pausas activas

S.V.E.

Visual	
Auditivo	
Ergonómico	x
Psicosocial	
Cardiovasc.	
R. Biológico	
Respiratorio	
Químico	

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

HIGEA SALUD OCUPACIONAL Y RIESGOS SAS

NIT 900804955-4

Calle 55 # 46-14 Oficina 1109 Edificio Perú Oriental - TEL: 3227042 - 3146682467

PARTICULAR



Fecha Examen : **09/09/2020 HORA : 11:44**

Tipo de Examen : **INGRESO**

Empresa : **PARTICULAR**

Remisión EPS : **NO**

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Previamente a este examen he sido informado por la empresa y el médico examinador de las exigencias de Ley para su realización, por consiguiente certifico que he autorizado para que se me efectúe, incluyendo los exámenes de laboratorio y ayudas paraclínicas establecidas para el cargo dentro del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo, igualmente autorizo para que su contenido sirva para los diferentes sistemas de vigilancia epidemiológica que estén establecidos; acorde a la normatividad vigente.
El examinado autoriza para que a través del médico de la empresa, ésta conozca el certificado médico de ingreso ocupacional e igualmente la exposición anterior a riesgos ocupacionales.

EXAMINADO: Bajo la gravedad de juramento afirmo que he contestado todas las preguntas realizadas sin omitir información sobre mi historia de salud. Así mismo he recibido las recomendaciones y / o restricciones sobre mi puesto de trabajo para que pueda cumplir la labor que se me ha asignado, acatando así lo dispuesto por la resolución 2346 de 2007

ELIANA IGLESIAS GONZALEZ

Registro Médico : 05-4690-15 Licencia S.O. 6874-2018

EDINSON MARTINEZ MORA

CC - 70529388