Corporación Centro Holístico
MEDICINA CON AMOR

CERTIFICADO DE APTITUD - CONCEPTO SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CÓDIGO:	PMML-CMFO01
DOCUMENTO:	FORMATO
APROBACIÓN:	MARZO 2015
VERSIÓN	1

FECHA : **13 DE MARZO 2023** EMPRESA:

NOMBRE: **JOHN ERVIN MORENO SEGURA** CEDULA : **79.901.357**

CARGO ACTUAL / AL QUE ASPIRA: **DIRECTOR DE PROYECTOS**

TIPO DE EXAMEN:

INGRESO	X	PERIODICO		RETIRO		POST INCAPACIDAD		TEST DE ALTURAS		MANIPULADOR DE ALIMENTOS		REINGRESO	

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO	X	APTO CON RECOMENDACIONES		APTO CON RESTRICCIONES	
APLAZADO		APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS		APTO PARA TRABJAR EN ALTURAS	
PUEDE CONTINUAR LABORANDO EN SU CARGO		PUEDE CONTINUAR LABORANDO EN SU CARGO CON RECOMENDACIONES		PUEDE CONTINUAR LABORANDO EN SU CARGO CON RESTRICCIONES	
RETIRO NORMAL		RETIRO CON REMISION EPS		RETIRO CON REMISION ARL	

ENFERMEDAD DE ORIGEN LABORAL EN ESTUDIO O CONFIRMADA	SI		NO	X	REMISION A EPS	SI ___ NO X
ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO CON SECUELAS	SI		NO	X	REMISION A ARL	SI ___ NO X

SE CERTIFICA QUE AL COLABORADOR/ASPIRANTE SE EVALUO EN LOS SIGUIENTES EXAMENES PARACLINICOS

MEDICO LABORAL	X	VISIOMETRIA	X	OPTOMETRIA		ESPIROMETRIA		SEROLOGIA	
TEST DE ALTURAS		MANIPULACION DE ALIMENTOS		GLICEMIA		GLICEMIA		KOH	
COPROLOGICO		FROTIS FARINGEO		ELECTROCARDIOGRAMA		PERFIL LIPIDICO		CUADRO HEMATICO	
PSICOSENSOMÉTRICO		AUDIOMETRIA	X	TEST OSTEOMUSCULAR		DERMATOLOGICO			

RECOMENDACIONES:

1. PAUSAS ACTIVAS OSTEOMUSCULARES SEGÚN PROGRAMA DE S.O - POSICION ERGONOMICA .
2. HIGIENE DE POSTURA - HABITOS SALUDABLES DE VIDA - DIETA BALANCEADA - ACTIIVIDAD FISICA REGULAR - USO DE EPP SEGUN EL CARGO
3. ESTIRAMIENTOS ANTES ,DURANTE Y DESPUES DE LA LABOR- CONTROL MEDICO , OPTOMETRIA EPS ANUAL-
4.

Yo _____

autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el examen médico ocupacional, exámenes complementarios y dejo constancia que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de los exámenes citados en este documento . Afirmo que comprendo, los beneficios, interpretación, limitaciones y riesgos del examen a partir de la información recibida por el profesional que firma este documento. Certifico que la información que suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que el Centro Holístico CCH, de a la misma. Autorizo que suministre la información necesaria a la persona o entidades contempladas en la legislación para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional.

JOHN ERVIN MORENO SEGURA

C.C No. 79.901.357 **FIRMA** _____



NOMBRE, SELLO Y FIRMA DEL PROFESIONAL



ESTA CERTIFICACION SE EXPIDE CON BASE EN LA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL DEL PACIENTE A LA FECHA. EL CONTENIDO DE LA HITORIA ES PRIVADO Y SOMETIDO A RESERVA DEL PRESTADOR DEL SERVICIO DE SALUD, SEGÚN RESOLUCION DE SALUD 2346 DEL M.S. , RESOLUCION 1918 DEL 2009 , DECRETO 2174 DEL 1996 Y LA LEY 80/89 DEL M.S.