Laboral Salud I.P.S.
Medicina Laboral y Sistemas de Gestión
Nit. 901017957-6
Dirección: Carrera 29 # 40 - 44 Bucaramanga - Colombia
Cel: 3114764772 Tel: 6323511 E-mail: administrativo@laboralsaludips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 36.912

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
14 DÍA	06 MES	2019 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EMO EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
CENTRAL DE HERRAMIENTAS DE COLOMBIA SAS	CENTRAL DE HERRAMIENTAS DE COLOMBIA SAS

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
NIÑO VELANDIA CLAUDIA INES	FEMENINO	56 AÑOS	Tipo: CC	Número: 63300753

Cargo
ADMINISTRADORA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RESTRICCIONES LABORALES

Observaciones: *NO APLICA*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) **N/A**

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EMO EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO ✓	TEST PSICOLÓGICO (BATERIA PSICOSOCIAL) ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO : CONTROL PERIODICO ANUAL CON OPTOPMETRIA	SVE VISUAL	
VALORACIÓN POR EPS : CONTROL MEDICO PERIODICO DE RCV EN SU EPS	SVE CARDIOVASCULAR	
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

PACIENTE APTO SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO. ESTILO DE VIDA SALUDABLE, REALIZACIÓN DE PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL. CONTROL DE PESO. CUMPLIR CON LAS NORMAS ESTABLECIDAS Y PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico	Aspirante o Trabajador
Firma: Sergio Uribe MD Salud Ocupacional R.M. 19215	Firma:
Nombre: URIBE TELLEZ SERGIO MAURICIO	Nombre: NIÑO VELANDIA CLAUDIA INES
R. M.: 0843-08 L.S.O.: 19215	CC: 63300753



Laboral Salud I.P.S.
Medicina Laboral y Sistemas de Gestión
Nit. 901017957-6
Dirección: Carrera 29 # 40 - 44 Bucaramanga - Colombia
Cel: 3114764772 Tel: 6323511 E-mail: administrativo@laboralsaludips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 36.938

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
14 DÍA	06 MES	2019 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	**EMO EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO**

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

CENTRAL DE HERRAMIENTAS DE COLOMBIA SAS	**CENTRAL DE HERRAMIENTAS DE COLOMBIA SAS**
Nombre de la empresa	**Empresa en misión**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

	Genero	Edad	Documento de Identificación	
DUARTE MORENO LUZ DARY	FEMENINO	44 AÑOS	CC	63496160
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
DIRECTORA DE LICITACIONES

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON RESTRICCIONES/RECOMENDACIONES

Observaciones: *NO APLICA*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) **N/A**

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
MOVIMIENTOS Y POSTURAS	TEMPORAL	PUEDE REALIZAR ACTIVIDADES QUE NO REQUIERAN PRONOSUPINACIÓN REPETITIVA DEL CODO MAYOR A 20 CICLOS POR MINUTO.
HERRAMIENTOS	TEMPORAL	PUEDE REALIZAR LABORES O MANIPULAR EQUIPOS, HERRAMIENTAS O MAQUINARIA QUE NO GENEREN VIBRACIÓN O IMPACTO A NIVEL DE MIEMBROS SUPERIORES.

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EMO EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO : CONTROL PERIODICO ANUAL POR OPTOMETRIA	SVE VISUAL	
VALORACIÓN POR EPS : CONTROL CON REUMATOLOGIA	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : ENFASIS OSTEOMUSCULAR A NIVEL DE CODOS Y RODILLAS SVE OSTEOMUSCULAR	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE INDICAN RESTRICCIONES Y RECOMENDACIONES LABORALES TEMPORALES POR 6 MES Y ACUDIR A REVALORACIÓN POSTERIOR POR MEDICINA LABORAL. ASISTIR A CONTROLES MEDICOS INDICADOS POR EL ESPECIALISTA TRATANTE Y EN CASO DE QUE SE PRESENTE ALGUNA NOVEDAD RESPECTO A SU EVOLUCIÓN CLÍNICA ASISTIR A REVALORACIÓN POR MEDICINAL LABORAL PRESENTANDO COPIA DE LA HISTORIA CLÍNICA ACTUALIZADA PARA REVISAR LA VIGENCIA DE SUS RESTRICCIONES DEACUERDO A LA EVOLUCIÓN MÉDICA. HIGIENE POSTURAL, REALIZACIÓN DE PAUSAS ACTIVAS. PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA. HACER EXTENSIVO EL CUMPLIMIENTO DE ESTAS RESTRICCIONES Y RECOMENDACIONES A LAS ACTIVIDADES EXTRALABORALES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico **Aspirante o Trabajador**

Firma:	Sergio Uribe MD Salud Ocupacional R.M. 19215	**Firma:**	
Nombre:	URIBE TELLEZ SERGIO MAURICIO	**Nombre:**	DUARTE MORENO LUZ DARY
R. M.:	0843-08 **L.S.O.:** 19215	**CC:**	63496160

Laboral Salud I.P.S.
Medicina Laboral y Sistemas de Gestión
Nit. 901017957-6
Dirección: Carrera 29 # 40 - 44 Bucaramanga - Colombia
Cel: 3114764772 Tel: 6323511 E-mail: administrativo@laboralsaludips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 28.211

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
23 DÍA	03 MES	2018 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

CENTRAL DE HERRAMIENTAS DE COLOMBIA SAS	CENTRAL DE HERRAMIENTAS DE COLOMBIA SAS
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

TORRES TORRES LUIS FREDY	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	44 AÑOS	CC	79659386
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
GERENTE GENERAL

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)

Observaciones: *ANTECEDENTE DE PATOLOGIA LUMBAR, PATOLOGIA CARDIOVASCULAR*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)	N/A

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : CONTROL DE RIESGO CARDIOOVASCULAR EN SU EPS	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
ESPECIALISTA : CONTROL PERIÓDICO SON MEDICO ESPECIALISTA TRATANTE	SVE CARDIOVASCULAR	CONTROL DE PESO : OBESIDAD
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

PACIENTE APTO SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO. PACIENTE REFIERE EL ANTECEDENTE DE PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR, ADEMÁS DE EVIDENCIAR OBESIDAD, PARA LO CUAL SE INDICA ASISTIR A VALORACIÓN MÉDICA, NUTRICIONAL, INGRESAR AL PROGRAMA DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN SU RESPECTIVA EPS Y AL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO CARDIOVASCULAR EN SU EMPRESA. ADEMAS PRESENTA EL PACIENTE EL ANTECEDENTE DE PATOLOGÍA LUMBAR EN CONTROL PERIÓDICO CON MEDICO ESPECIALISTA, LA CUAL NO GENERA RESTRICCIONES PARA SU CARGO. REALIZAR DE ACTIVIDAD FÍSICA RECURRENTE, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS. CORRECTA HIGIENE POSTURAL. CONTROL DE PESO. CUMPLIR CON LAS NORMAS ESTABLECIDAS POR LA EMPRESA Y PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO,

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico **Aspirante o Trabajador**

Firma:	Sergio Uribe MD Salud Ocupacional R.M. 19215	**Firma:**	
Nombre:	URIBE TELLEZ SERGIO MAURICIO	**Nombre:**	TORRES TORRES LUIS FREDY
R. M.:	1203 **L.S.O.:** 19215	**CC:**	79659386



Laboral Salud I.P.S.
Medicina Laboral y Sistemas de Gestión
Nit. 901017957-6
Dirección: Carrera 29 # 40 - 44 Bucaramanga - Colombia
Cel: 3114764772 Tel: 6323511 E-mail: administrativo@laboralsaludips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 36.905

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
13 DÍA	06 MES	2019 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EMO EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

CENTRAL DE HERRAMIENTAS DE COLOMBIA SAS	CENTRAL DE HERRAMIENTAS DE COLOMBIA SAS
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

ROBAYO GAMBOA DANIELA ANDREA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	24 AÑOS	CC	1098774537
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AUXILIAR ADMINISTRATIVO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RESTRICCIONES LABORALES

Observaciones: *NO APLICA*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) **N/A**

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EMO EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO ✓	TEST PSICOLÓGICO (BATERIA PSICOSOCIAL) ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : VALORACION CON NUTTRICIONISTA EN LA EPS	SVE CARDIOVASCULAR : SE RECOMIENDA INCLUIR EN SVE O PROGRAMAS DE P Y P EN BUENOS HÁBITOS DE VIDA-RIESGO CARDIOVASCULAR	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO SIN ALTERACIONES , CONTROL DE PESO, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, MANTENER BUENA HIGIENE POSTURAL, PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SEGUN PROTOCOLO DE LA EMPRESA

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico	Aspirante o Trabajador
Sergio Uribe MD Salud Ocupacional R.M. 19215	
Firma:	**Firma:**
Nombre: URIBE TELLEZ SERGIO MAURICIO	**Nombre:** ROBAYO GAMBOA DANIELA ANDREA
R. M.: 0843-08 **L.S.O.:** 19215	**CC:** 1098774537

SEDE: PRINCIPAL CARRERA 29 # 40 - 44 BUCARAMANGA - COLOMBIA TELÉFONOS: 76323511

Certificado de Aptitud

Informe Salud Ocupacional



FECHA: 28/02/2017

EMPRESA: CENTRAL DE HERRAMIENTAS DE COLOMBIA SAS

TIPO DE EXAMEN Pre-ingreso

NOMBRES APELLIDOS EUSA GUERRERO BERENICE **CC.** 52.330.591

GENERO F **EDAD** 42 **CARGO U OFICIO** ASISTENTE DE LICITACIONES

TIPO DE CARGO Operativo

Concepto de aptitud (No Aplica para exámen de Retiro)

- [ ] Apto para trabajar sin restricciones
- [ ] Apto para trabajar en alturas
- [ ] Aplazado
- [X] Apto para trabajar con restricciones
- [ ] Apto manipular alimentos
- [ ] No Apto

Observaciones:

ETA BALANCEADA Y EJERCICIO
USAR MEDIAS DE COMPRESION BAJA
VALORACION POR OPTOMETRIA PARA DETERMINAR FORMULA VISUAL

Restricciones:

CORRECCION VISUAL DE LEJOS

EXÁMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO DE INGRESO

Limitaciones, restricciones o causa de aplazamiento:

Recomendaciones:

MEDIDAS DE HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS HIGIENE DE COLUMNA,CONTROL PERIÓDICO ANUAL,CONTROL EN LA EPS, CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

Consentimiento informado del aspirante o trababajador

Yo EUSA GUERRERO BERENICE identificado con cc No. 52.330.591 Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el exámen médico ocupacional, exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos del exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que Medicina Laboral S.A.S. dé a la misma, autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiologica de las empresas y la realización de estudios de investigación con fines científicos. (Ley 1581 de 2012). Suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST).

Profesional

Doris Hernandez M.
Médica Especialista S.O.
R.M. 38230411
Lic. S.O. 13470-2015

dra. doris hernandez lsst 13470-2015

Aspirante o Trabajador

CC: 52.330.591

Laboral Salud I.P.S.
Medicina Laboral y Sistemas de Gestión
Nit. 901017957-6
Dirección: Carrera 29 # 40 - 44 Bucaramanga - Colombia
Cel: 3114764772 Tel: 6323511 E-mail: administrativo@laboralsaludips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 36.863

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
13 DÍA	06 MES	2019 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	**EMO EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO**

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

CENTRAL DE HERRAMIENTAS DE COLOMBIA SAS	**CENTRAL DE HERRAMIENTAS DE COLOMBIA SAS**
Nombre de la empresa	**Empresa en misión**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

CACERES CARVAJAL ELKIN DARIO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	31 AÑOS	CC	1098651532
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
ASESOR COMERCIAL

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RESTRICCIONES LABORALES

Observaciones: *NO APLICA*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) **N/A**

RESTRICCIONES LABORALES	**TIPO**	**RECOMENDACIONES**
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EMO EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO ✓	TEST PSICOLÓGICO (BATERIA PSICOSOCIAL) ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO SIN ALTERACIONES , SE LE RECOMIENDA CONTROL DE PESO, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, MANTENER BUENA HIGIENE POSTURAL, UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO A LOS FACTORES DE RIESGO, PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DE SST SEGUN CRONOGRAMA DE LA EMPRESA.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico	**Aspirante o Trabajador**
Sergio Uribe MD Salud Ocupacional R.M. 19215	Elkin C.
Firma:	**Firma:**
Nombre: URIBE TELLEZ SERGIO MAURICIO	**Nombre:** CACERES CARVAJAL ELKIN DARIO
R. M.: 0843-08 **L.S.O.:** 19215	**CC:** 1098651532

