MEDILABORAL

# Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo



**EMPRESA**

PARTICULAR

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **NO. CERTIFICADO** | 811.859 | | | | |
| **CIUDAD** | BOGOTÁ D.C. CUNDINAMARCA - MEDICINA LABORAL S.A.S | | | | |
| **FECHA** | 13/09/2021 | **TIPO DE EXAMEN** | PRE-INGRESO | | |
| **NO. DOCUMENTO** | CC. 79.462.483 | **EDAD** | 52 | **GENERO** | M |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | ORTIZ FONSECA CESAR FABIAN | | | | |
| **TIPO DE CARGO** | OPERATIVO | **CARGO U OFICIO** | ABOGADO | | |

**EXAMENES REALIZADOS**

ENFASIS OSTEOMUSCULAR - EXAMEN MEDICO DE INGRESO

| **CONCEPTO DE APTITUD** | **OTROS CONCEPTOS** |
|---|---|
| Sin restricciones para el cargo | NA |

**RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA**

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA - CONTINUAR CAPACITACIONES

**RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR**

SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA 150 MINUTOS A LA SEMANA DE ACUERDO A INDICACIÓN MEDICA Y TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD - MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA - CONTINUAR TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO MEDICO - SE DA CONSEJERÍA PARA DISMINUCIÓN DE PESO CON MEJORÍA EN HÁBITOS DE VIDA Y SEGUIMIENTO POR MEDICO Y NUTRICIONISTA - CONTINUAR INDICACIONES DADAS POR SU MEDICO TRATANTE - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS - USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN CERCANA - VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA

**Consentimiento informado del aspirante o trabajador**

Yo ORTIZ FONSECA CESAR FABIAN identificado con CC No. 79.462.483. Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el exámen médico ocupacional y/o 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

Dra. Ornella C. Samper F.
Medico Especialista S.O.
R.M. 470235
Lic. S.O. 13221/16

DRA. ORNELLA CECILIA SAMPER FONTALVO LIC. S.O. 13221/16

Aspirante o trabajador

CC. 79.462.483