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

Fecha Examen : **13/01/2023 HORA : 12:05**

Tipo de Examen : **INGRESO**

Empresa : **AZ CONSTRUCCIONES**



IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

NOMBRE DEL TRABAJADOR	***JOSE DANIEL ANZOLA RESTREPO***			DOCUMENTO	CC - 1020464681
				PROFESION	PROFESION NO DEFINIDA
LUGAR DE NACIMIENTO	MEDELLIN			DIRECCION	CARRERA 41 N 40 H SUR 12 APTO 302
F.NACIMIENTO	01/12/1994	SEXO	MASCULINO	TELEFONO	6026341- 3104929689
EDAD	28 Años - 1 Meses - 13 Dias	RH:	A+	MUNICIPIO	ENVIGADO (ANTIOQUIA)
ESTADO CIVIL	SOLTERO(A)			E.P.S.	NUEVA EPS SA.
ESCOLARIDAD	Tecnólogo	N. HIJOS :	0	A.F.P.	PROTECCION
CARGO A DESEMPEÑAR	**ARQUITECTO**			A.R.L.	SURA
Fecha de Ingreso	10/11/2018	Antiguedad	4 Años 2 Meses	Misión en	

RESULTADO DE EXAMENES

Audiometría	No realizado
Glicemia	No realizado
Hemoleucograma y Sedimentación	No realizado
Columna y Osteomuscular	NORMAL
Espirometría	No realizado
Valoración Psicológica	Normal durante la evaluación médica
Examen Visual Ocupacional	Examen visual normal

CONCEPTO MEDICO INGRESO

Apto para el cargo sin patologia aparente	**X**
Apto para el cargo con patología que no limita la labor	
Apto para el cargo a desempeñar con restricciones	
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	20/20	0.5 M	20/20	NO
OI	0.5 M	20/20	0.5 M	20/20	**Visión Cromática**
AO	0.5 M	20/20	0.5 M	20/20	Normal

RECOMENDACIONES - OBSERVACIONES Y RESTRICCIONES

SIN RESTRICCIONES
Refiere Vacunación COVID N2 PFZIER N1 REFUERZO SINOVAC

RECOMENDACIONES

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
Realizar pausas activas
Examen visual normal

S.V.E.	
Visual	
Auditivo	
Ergonómico	x
Psicosocial	
Cardiovasc.	
R. Biológico	
Respiratorio	
Químico	

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

ALEXANDRA MARCELA MAYA SUAREZ
Registro Médico : 27413999 Licencia S.O. 27413999

JOSE DANIEL ANZOLA RESTREPO
CC - 1020464681