OSCAR ALBERTO BARRETO LEON
Md. ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Cel: Cel: 3113544537
MANIZALES

CERTIFICADO DE EXAMEN MEDICO DE APTITUD LABORAL



FECHA: **DIA:** 13 **MES:** 06 **AÑO:** 2023

I - DATOS DEL EMPLEADO

NOMBRE DE LA EMPRESA: ACABADOS DACAR
NOMBRE Y APELLIDOS: CESAR AUGUSTO CASTAÑEDA
IDENTIFICACION: CC - 75108291
CARGO: OFICIAL DE PINTURA

II - TIPO DE EVALUACION MEDICA

PERIODICO

III - DECLARACION MEDICA DEL EXAMINADOR

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS
EXAMEN PERIODICO NORMAL

IV - TIPO DE RESTRICCIONES O CAUSAS DE APLAZAMIENTO

NINGUNO

V - RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA EN LA EPS
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
INGRESAR AL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

- RIESGO OSTEOMUSCULAR
- RIESGO ERGONOMICO

OBSERVACIONES: SE REALIZA EXAMEN MEDICO LABORAL PERIODICO CON ENFASIS EN SISTEMA OSTEOMUSCULAR + TAMIZAJE VISUAL, SIN ENCONTRARSE AL MOMENTO DE LA EVALUACION PATOLOGIAS RELACIONADAS CON SU ACTIVIDAD LABORAL O QUE LE IMPIDAN CONTINUAR CON LA LABOR PARA LA CUAL FUE CONTRATADO POR LO CUAL SE CONSIDERA QUE PUEDE CONTINUAR CON SU ACTIVIDAD LABORAL HABITUAL SIN RESTRICCIONES.
APTO PARA REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS

LA PRESENTE EVALUACION MEDICA SE REALIZA SIGUIENDO LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE (RESOLUCION 0350 DEL 01/03/2022)

A LA FECHA CUENTA CON LA APLICACIÓN DE 2 DOSIS DE BIOLOGICO PARA COVID 19

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Autorizo al profesional abajo mencionado a que se me realice de manera voluntaria el examen medico ocupacional y exámenes complementarios. Dejo constancia que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización del Examen Medico Ocupacional y/o exámenes complementarios a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información suministrada es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que se le de a la misma. Autorizo que se suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para dar cumplimiento al programa de Salud Ocupacional.

OSCAR ALBERTO BARRETO LEON
Md. ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Cel: 3113544537 - MANIALES



Aspirante o Trabajador

CESAR AUGUSTO CASTAÑEDA
CC - 75108291