	Integridad Laboral S.A.S.	**CÓDIGO:** IL-FR-01 **VERSIÓN:** 1 www.integridadlaboral.com **Página:** 1/1

Ciudad: MANIZALES	**Fecha:** 23-12-2022
Empresa: PARTICULAR	**Cargo:** CONTRATISTA
Nombre completo: HERMAN MARIN HENAO	**Fecha de nacimiento:** 17-06-1967
Tipo de Documento: CéDULA DE CIUDADANíA	**Número de identificación:** 10276966
Dirección: AVENIDA BERNARDO	**Edad:** 55.5181
EPS: SANITAS EPS	**Teléfono:** 3163673387 -
ARL: POSITIVA COMPAñíA DE SEGUROS	**Sexo:** HOMBRE
Tipo de Examen: INGRESO	



EXÁMENES REALIZADOS

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
ÉNFASIS: OSTEOMUSCULAR.

CONCEPTO MÉDICO

APTO PARA LABORAR: SI

RECOMENDACIONES MÉDICAS

EJERCICIO, OPTOMETRÍA ANUAL, ESTIRAMIENTO DIARIO, PAUSAS ACTIVAS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HABITOS DE VIDA SALUDABLE, CONSUMO DE AGUA, EJERCICIO DIARIO, DORMIR MINIMO 8 HORAS DIARIAS, REALIZAR ESTIRAMIENTO DIARIO, ODONTOLOGIA ANUAL.

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (P.V.E.)

ERGONÓMICO, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGÚN LABORES DEL CARGO, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, SI INCIDENTE, ACCIDENTE DENTRO DE LAS INSTALACIONES DE LA EMPRESA REPORTAR DE INMEDIATO AL AREA DE SST.

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

ACATAR PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO SEGURO PARA EVITAR ACCIDENTES O ENFERMEDADES LABORALES, BUSCAR ERGONOMÍA EN SU PUESTO DE TRAJABO, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, MANTENER ORDEN Y ASEO EN SU PUESTO DE TRABAJO, AVISAR CUALQUIER INCIDENTE O EVENTO PARA LA SALUD QUE LE SUCEDA INMEDIATAMENTE POR PEQUEÑO QUE PAREZCA, CONOCER LOS RIESGOS Y PELIGROS EN EL DESARROLLO DE SU LABOR, SI REALIZA TAREAS DE ALTO RIESGO VERIFICAR SIEMPRE EL ESTADO DE SUS HERRAMIENTAS, EQUIPOS Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL ANTES DE INICIAR Y DAR AVISO DE LAS CONDICIONES PELIGROSAS..

RESTRICCIONES

APTO SIN RESTRICCIONES MEDICAS LABORALES.
CONTROL POR EPS PERIODICO EN PROGRAMA DE PREVENCION Y PROMOCION.
.VERIFICAR QUE LAS ACTIVIDADES Y TAREAS A REALIZAR NO EXCEDAN LAS CAPACIDADES FÍSICAS DEL TRABAJADOR
. CAPACITAR EN LA PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS PROPIOS DEL OFICIO A REALIZAR
. SUMINISTRAR, CAPACITAR, Y ENTRENAR EN EL ADECUADO USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN
. UTILIZAR UNA ADECUADA HIGIENE POSTURAL Y MECÁNICA CORPORAL PARA LA MOVILIZACIÓN DE CARGAS,
. INSISTIR EN PAUSAS ACTIVAS PARA SISTEMA OSTEOMUSCULAR ANTES DURANTE Y DESPUES DE CADA JORNADA LABORAL.

Consentimiento informado del aspirante o trabajador: Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a) a realizar en mi el examen y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado en este documento. El(la) doctor(a) abajo mencionado (a) me ha explicado la naturaleza y el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgo del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la respectiva asesoría brindada antes de la respectiva toma de pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) exámenes. fui informado(a) de las medidas que tomará Integridad Laboral S.A.S. para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibí copia de la valoración médica de salud ocupacional. Las respuestas dada por mi en este(os) son verídicos y son completos. Autorizo a Integridad Laboral S.A.S. para que suministre a mi empresa y/o a las entidades contempladas en la legislación vigente la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación.

FIRMA MÉDICO
LS: 72316 RM: 16349

FIRMA PACIENTE
CéDULA DE CIUDADANÍA: 10276966