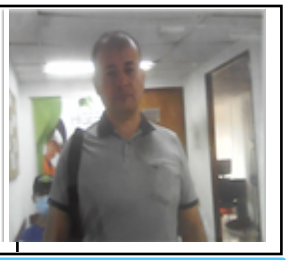
CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

HIGEA SALUD OCUPACIONAL Y RIESGOS SAS

NIT 900804955-4

Calle 55 # 46-14 Oficina 1109 Edificio Perú Oriental - TEL: 3227042 - 3146682467

PARTICULAR



Fecha Examen : **17/08/2023 HORA : 11:43**

Tipo de Examen : **INGRESO**

Empresa : **PARTICULAR**

IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

NOMBRE DEL TRABAJADOR	***DIEGO ALBERTO LOPEZ ZAPATA***			DOCUMENTO	CC - 70855656
				PROFESION	INGENIERO
LUGAR DE NACIMIENTO	TAMESIS			DIRECCION	CLL 60 N 50 A 77
F.NACIMIENTO	07/12/1980	SEXO	MASCULINO	TELEFONO	3023669812
EDAD	42 Años - 8 Meses - 9 Dias	RH:	O+	MUNICIPIO	MEDELLIN (ANTIOQUIA)
ESTADO CIVIL	SOLTERO(A)			E.P.S.	SURA
ESCOLARIDAD	Superior	N. HIJOS :	0	A.F.P.	PROTECCION
CARGO A DESEMPEÑAR	**INSTRUCTOR**			A.R.L.	NO DEFINIDA
Fecha de Ingreso	17/08/2023	Antiguedad	0 Años 0 Meses	Misión en	

RESULTADO DE EXAMENES

Audiometría	NORMAL
Glicemia	NORMAL
PERFIL LIPIDICO	NIVELES DE GRASAS EN SANGRE DENTRO DE PARAMENTROS NORMALES
Columna y Osteomuscular	ASINTOMATICO
Espirometría	CAPACIDAD PULMONAR DENTRO DE PARAMETROS NORMALES.
Valoración Psicológica PRUEB DE WARTEGG	BUENA ELABORACION INTELECTUAL Y RACIONAL.
Examen Visual POR OPTOMETRA	LEVE DISMINUCION VISION CERCANA

CONCEPTO MEDICO INGRESO

Apto para el cargo sin patologia aparente	
Apto para el cargo con patología que no limita la labor	X
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	20/30	20/20	0.5 M	20/20	NO
OI	20/30	20/20	0.5 M	20/20	**Visión Cromática**
AO	20/20	20/20	0.5 M	20/20	Normal

RECOMENDACIONES - OBSERVACIONES Y RESTRICCIONES

EXAMEN OCUPACIONAL CON:
ENFASIS OSTEOMUSCULAR: COMPLETAMENTE NORMAL
ENFASIS SISTEMA RESPIRATORIO: COMPLETAMENTE NORMAL . ESPIROMETRIA NORMAL (CVF: 102%; VEF:101%; SAT. DE O2: 93%)

ENFASIS SIETEMA CARDIOVASCULAR POR CRITERIO DE FRAMINGHAN: RIESGO CARDIOVASCULAR A 10 AÑOS MENOR DE 1. (SUMATORIA CRITERIOS DE FRAMINGHAN= 5).

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
Mantener una adecuada hidratacion.
Realizar pausas activas

S.V.E.

Visual	x
Auditivo	
Ergonómico	x
Psicosocial	
Cardiovasc.	
R. Biológico	
Respiratorio	
Químico	

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

PARTICULAR



Fecha Examen : **17/08/2023 HORA : 11:43**

Tipo de Examen : **INGRESO**

Empresa : **PARTICULAR**

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

CARLOS AMADOR ALVAREZ GOMEZ

Registro Médico : 54395-89 Licencia S.O. 2021060010892

DIEGO ALBERTO LOPEZ ZAPATA

CC - 70855656