CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL - INGRESO

ORIENTESALUD IPS
Dirección: Calle 63 A # 47 - 25 Rionegro, Antioquia
Nit. 900.898.297-9

Fecha Examen : **08/06/2023 HORA : 15:54**
Tipo examen: **NORMAL**
Empresa: **PARTICULAR**



IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

NOMBRE DEL TRABAJADOR	***ANDREA LORENA MACA OROZCO***	DOCUMENTO	CC - 25280793
		PROFESION	SUPERIOR
LUGAR DE NACIMIENTO	POPAYAN	DIRECCION	MODELIA
F.NACIMIENTO	01/07/1976 SEXO FEMENINO	TELEFONO	3182123321
EDAD	46 Años - 11 Meses - 7 Dias RH: O-	MUNICIPIO	BOGOTA D.C. (SANTA FE DE BOGOTA D.C.)
ESTADO CIVIL	CASADO(A)	E.P.S.	NUEVA EPS
ESCOLARIDAD	Superior N. HIJOS : 2	A.F.P.	COLPENSIONES
CARGO A DESEMPEÑAR	**CONTRATISTA**	A.R.L.	NO DEFINIDA
Fecha de Ingreso	08/06/2023 Antiguedad 0 Años 0 Meses	Misión en	

RESULTADO DE EXAMENES

Visiometría	NA
Audiometría	NA
Espirometría	NA
Laboratorios	Glicemia:-------- CT: Triglicéridos:------- Frotis Faringeo:------
Laboratorios	KOH:------ Coprológico: ------- Colinesterasas:-------
Prueba Psicosensométrica	NA
Valoración Psicológica	Normal durante la evaluación médica

CONCEPTO MEDICO INGRESO

Apto sin patología 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	**1 AÑO**

S.V.E. Visual ___ Auditivo ___ Ergonómico X Psicosocial ___ Cardiovasc. ___ R. Biológico ___ Respiratorio ___ Químico ___ Voz ___

RECOMENDACIONES - OBSERVACIONES Y RESTRICCIONES

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
Capacitación en Higiene postural, levantamiento y transporte de cargas. Pausas activas
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

Disminuir de Peso.

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 relación, por consiguiente certifico que he autorizado para que se me efectué, incluyendo los exámenes de laboratorio y ayudas paraclínicas establecidas para el cargo dentro del programa de salud

Ocupacional de la empresa, igualmente autorizo para que su contenido sirva para los diferentes sistemas de vigilancia epidemiológica que estén establecidos (Resolución.2346/07).

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

JUAN CAMILO MARTINEZ GOMEZ
RM : 5-0835-07 RES: LIC SO 2020060111670

ANDREA LORENA MACA OROZCO
CC - 25280793