Dr. JAVIER GUTIERREZ BALCAZAR
Medico Especialista en Salud Ocupacional.
Universidad del Cauca
Fundación Universitaria Maria Cano de Medellin
Registro medico 6860-89 Licencia S.0. 03069-16

CERTIFICADO DE INGRESO LABORAL

FECHA: 2024-06-11 | **ENTIDAD:** PERSONERIA MUNICIPAL DE JAMUNDI

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE DELTRABAJADOR: ALEJANDRO BARONA LOPEZ			EDAD: **31** AÑOS
NÚMERO DE CÉDULA: 1144055549	**ESTADO CIVIL:** UNION LIBRE	**ESTUDIOS:** PROFESIONAL ESPECIALIZADO	
DIRECCIÓN: Calle 30 # 121A-28	**BARRIO:** Ciudad pacífica	**LUGAR:** CALI	
EPS: SOS	**ARL:** POSITIVA	**FEP:** COLPENSIONES	**CORREO:** alejo_d_@hotmail.com
TEL: 3104102252	**CARGO A OCUPAR:** PROFESIONAL DE APOYO	**TIEMPO EXP:** #ExperienciaCargo	

ANTECEDENTES PERSONALES

TIPO	OBSERVACIONES
Patología de origen común	NINGUNA
PATOLOG. DE ORIGEN LABORAL CALIFIC	NINGUNA
ACCIDENTE LABORAL EN TRABAJ. PREVIOS	NINGUNO

VALORACIONES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL.	**X**	**P.LIPIDICO**		**OTRO:**ANALISIS CLINICO DE ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE ORIGEN COMUN Ó LABORAL QUE PUDIESEN AFECTAR SU NORMAL DESEMPEÑO EN EL CARGO
ELECTROCARDIOGRAMA		**HEMOGRAMA**		
PRUEBA PSICOTECNICA		**CREATININA**		
OPTOMETRIA		**GLICEMIA**		
AUDIOMETRÍA				

El Doctor JAVIER GUTIERREZ BALCAZAR, médico especialista en Salud Ocupacional, con base en el exámen de aptitud, para el dempeño del cargo y de las funciones correspondientes al mismo, conceptúa que la persona identificada en el numeral I es:

CONCEPTOS FINALES

APTO PARA DESEMPEÑARSE EN EL CARGO A CONTRATAR. CONDICIONES MEDICO-LABORALES FAVORABLES. SIN PATOLOGIAS ASOCIADAS A CAUSAL DE RESTRICCION LABORAL ALGUNA. SE LE IMPARTEN RECOMENDACIONES BASICAS GENERALES.	**X**

RECOMENDACIONES GENERALES

APLICAR EN TODAS LAS ACTIVIDADES DE SU TRABAJO Y FUERA DE EL, LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD PARA PREVENCION DEL COVID - 19.	**X**
ADOPTAR SIEMPRE POSTURAS ERGONOMICAS EN SU TRABAJO Y REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DE MANERA PERIODICA.	**X**
PROPICIAR ESTILOS DE VIDA SALUDABLE: EJERCICIO, DIETA SANA, RECREACION SANA, DORMIR BIEN, NO ALCOHOL, NO CIGARRILLO, NO DROGAS,	**X**
CONTROLES MEDICO, NUTRICIONALES,OPTOMETRICO Y POR PROGRAMAS DE P Y P EN SU EPS,	**X**

RECOMENDACIONES ESPECIFICAS

Consentimiento informado: En pleno uso de mis facultades mentales y sin limitaciones o impedimentos de carácter médico o legal, con mi firma autorizo al Dr Javier Gutierrez Balcázar, abajo firmante, a realizar mi examen médico ocupacional, luego de haberme explicado la naturaleza y propósito delmismo. Certifico que los datos suministrados al médico son fidedignos y que no he ocultado ninguna información requerida por él mismo relacionada con mi estado actual de salud. Dejo constancia de haber sido informado por el médico de mi condición de salud al momento del presente exámen medico ocupacional. Autorizo al Dr. Gutierrez, en los términos de la Ley 1581 de 2012, al tratamiento de la información que se tenga o capture en sus bases de datos, sobre mi historia clínica ocupacional.

Dr. Javier Gutierrez Balcazar
Médico Especialista en Salud Ocupacional
Licencia SO 03069 - 16
R.M. 6860 - 89

Firma del profesional

FIRMA DEL TRABAJADOR
No de CEDULA: 1144055549