SocialMed IPS
GESTIONAMOS TU SALUD

Certificado de Aptitud al Cargo

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO

NOMBRE: *WILLIAM ANDRES NOGUERA ARCOS*	**SEXO:** *MASCULINO*
IDENTIFICACIÓN: *10616938866*	**EDAD:** *37 año(s)*
HISTORIA CLINICA N°: *10616938866*	**ESTADO CIVIL:** *SOLTERO*
TIPO IDENTIFICACIÓN: *CEDULA DE CIUDADANIA*	**FECHA NACIMIENTO:** *1986-01-02*
CONTRATO: *ATENCIONES POR SALUD LABORAL*	**TELEFONO:** *3173781157*
ETNIA: *NINGUNA DE LAS ANTERIORES*	**TIPO DE USUARIO:** *CONTRIBUTIVO*
GRUPO SANGUINEO y RH: *O +*	**FECHA DE ATENCIÓN:** *29-09-2023 08:00 am*
DIRECCIÓN: *NO. - , BRIO POPAYAN*	**FECHA DE IMPRESIÓN:** *29-09-2023 08:22 am*

DATOS PERSONALES ADICIONALES

OCUPACION: *NO APLICA*, **GRUPO POBLACIONAL:** *NO DEFINIDO*, **SABE LEER O ESCRIBIR:** *SI*, **NIVEL DE ESCOLARIDAD:** *MEDIA TÉCNICA (BACHILLERATO TÉCNICO)*

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

MOTIVO DE CONSULTA: EXAMEN LABROAL DE INGRESO
NOMBRE DE LA EMPRESA QUE LO REMITE: PARTICULAR
CARGO(EMPRESA ACTUAL O AL QUE ASPIRA): AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO

EL SERVICIO MÉDICO OCUPACIONAL CON EL/LA DOCTORA **NORBEY FABIAN QUINTERO ORTIZ**, MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL, MEDIANTE EL EXAMEN DE APTITUD, PARA EL DESEMPEÑO DEL CARGO Y DE LAS FUNCIONES CORRESPONDIENTES AL MISMO, EMITE QUE LA PERSONA IDENTIFICADA EN ESTE CERTIFICADO ES:

¿EXISTEN CONDICIONES DE SALUD QUE LIMITAN SU TRABAJO NORMAL? : NO
¿EXAMEN APLAZADO?: NO
EVOLUCIÓN O ANOTACIÓN ADICIONAL: PACIENTE SIN HALLAZGOS QUE LE GENEREN RESTRICCION LABORAL

RECOMEDACIONES

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
- DEJAR DE FUMAR
- HABITOS SALUDABLES
- DIETA BALANCEADA

MÉDICAS
- USAR CORRECCION VISUAL

OCUPACIONALES
- USO DE EPP
- SVE VISUAL
- PAUSAS ACTIVAS E HIGUIENE POSTURAL
- SVE OSTEOMUSCULAR

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES ADICIONALES
CONTROL VISUAL

LIMITACIONES O RESTRICCIONES LABORALES

LIMITACIÓN O RESTRICCIÓN	TIPO	RECOMENDACIÓN

Dr. Fabian Quintero
Lic. 73753
U. Catolica de Manizales

Firma:_____
NORBEY FABIAN QUINTERO ORTIZ
cc.80194375 // MEDICINA OCUPACIONAL

Firma:_____
WILLIAM ANDRES NOGUERA ARCOS

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO	
NOMBRE: *WILLIAM ANDRES NOGUERA ARCOS*	**SEXO:** *MASCULINO*
IDENTIFICACIÓN: *10616938866*	**EDAD:** *37 año(s)*
HISTORIA CLINICA N°: *10616938866*	**ESTADO CIVIL:** *SOLTERO*
TIPO IDENTIFICACIÓN: *CEDULA DE CIUDADANIA*	**FECHA NACIMIENTO:** *1986-01-02*
CONTRATO: *ATENCIONES POR SALUD LABORAL*	**TELEFONO:** *3173781157*
ETNIA: *NINGUNA DE LAS ANTERIORES*	**TIPO DE USUARIO:** *CONTRIBUTIVO*
GRUPO SANGUINEO y RH: *O +*	**FECHA DE ATENCIÓN:** *29-09-2023 08:00 am*
DIRECCIÓN: *NO. - , BRIO POPAYAN*	**FECHA DE IMPRESIÓN:** *29-09-2023 08:22 am*
	Pagina 2

La presente certificación se expide con la base a la historia clinica ocupacional del trabajo, lo cual tiene un carácter confidencial

Dr. Fabian Quintero
Lic. 7
U. Catolica de Manizales

Firma:_____
NORBEY FABIAN QUINTERO ORTIZ
cc.80194375 // MEDICINA OCUPACIONAL

Firma:_____
WILLIAM ANDRES NOGUERA ARCOS