CORPORACION IPS UNIVERSITARIA DE CALDAS
900251503
CORPORACION IPS UNIVERSITARIA

CERTIFICADO DE EXAMEN MEDICO DE APTITUD LABORAL

Version **01**

Paciente	CC	1053806016	MATEO ALZATE JARAMILLO						
# His Cli	1053806016		**Sexo**	M	**Edad**	33 AÑOS	**Tip. Sangre**	A+	**G.etareo** 8
Fec. Ingreso	12/09/2024 16:30:00		**Servicio**	AMBULATORIO					**Folio** 3
Pabellón	Consulta Externa	1							**Cama**
Sede de Atención:	001	CORPORACION IPS UNIVERSITARIA							

CERTIFICADO DE EXAMEN MEDICO DE APTITUD LABORAL

I. DATOS DEL EMPLEADO:

NOMBRE DE LA EMPRESA: PROFESIONAL INDEPENDIENTE

CARGO: CONTRATISTA

II. TIPO DE EVALUACIÓN MEDICA: INGRESO

OBSERVACION TIPO DE EVALUACION MEDICA INGRESO

III. DECLARACIÓN MEDICA DEL EXAMINADOR

[X]APTO SIN RESTRICCIONES [-]APTO CON RESTRICCIONES [-]APTO CON CONDICIONES [-]NO APTO TEMPORALMENTE

[-]APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS [-]POSIBLE PATOLOGIA ORIGEN LABORAL [-]CON SECUELAS DE ACCIDENTE LABORAL

[-]EXAMEN PERIODICO NORMAL [-]EXAMEN RETIRO NORMAL

IV. TIPO DE RESTRICCIONES O CAUSAS DE APLAZAMIENTO NINGUNA

V. RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

[-]CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA EN LA EPS [X]REALIZAR PAUSAS ACTIVAS [X]USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION

[-]DEBE CERTIFICARSE PARA TRABAJAR EN ALTURAS [-]USAR MEDIAS DE SOPORTE ELASTICO PARA VARICES

[-]REALIZAR CITOLOGIA ANUAL [-]REALIZAR DIETA, EJERCICIO Y REDUCIR PESO [-]EVALUAR POR NUTRICIÓN EN LA EPS

[-]DEJAR EL HABITO DE FUMAR [-]DISMINUIR EL CONSUMO DE ALCOHOL [X]INGRESAR AL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

[-]REALIZAR PRUEBAS PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS [-]REALIZAR PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

OBSERVACIONES SE REALIZA EVALUACION MEDICA LABORAL DE INGRESO CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR + TAMIZAJE VISUAL

NO SE EVIDENCIAN PATOLOGIAS QUE PUEDAN VERSE AFECTADAS POR LA ACTIVIDAD A REALIZAR

APTO SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO CUENTA CON 2 DOSIS DE VACUNA PARA COVID 19

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Autorizo al profesional abajo mencionado a que se me realice de manera voluntaria el examen medico ocupacional y examenes

complementarios. Dejo constancia que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realizacion del Examen Medico

Autorizo que se suministre la informacion necesaria a las personas o entidades comtempladas en la legislacion para dar cumplimiento al

programa de Salud Ocupacional.

_____

FIRMA PACIENTE

Exámen expedido en la ciudad de Manizales (Caldas)

OSCAR ALBERTO BARRETO LEÓN
REG. RM 15120 SO-041
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CORPORACION IPS UNIVERSITARIA DE CALDAS
900251503
CORPORACION IPS UNIVERSITARIA
CERTIFICADO DE EXAMEN MEDICO DE APTITUD LABORAL
Version **01**

Paciente	CC 1053806016 MATEO ALZATE JARAMILLO								
# His Cli	1053806016	**Sexo**	M	**Edad**	33 AÑOS	**Tip. Sangre**	A+	**G.etareo**	8
Fec. Ingreso	12/09/2024 16:30:00	**Servicio**	AMBULATORIO					**Folio**	3
Pabellón	Consulta Externa 1							**Cama**	
Sede de Atención:	001 CORPORACION IPS UNIVERSITARIA								

12/09/2024 ***** FIN DEL REPORTE ***** 16:43:11