CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

JAIME ALBERTO ALVAREZ TOBON

NIT 71596086-9

Carrera 46 N° 54-14 Cons.1402 Tel.6044082069 - 3015713030 - 3148938838

Fecha Examen : **13/01/2023 HORA : 10:34**

Tipo de Examen : **INGRESO**

Empresa : **INDEPENDIENTE**



IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

NOMBRE DEL TRABAJADOR	*YENNY ALEXANDRA LONDOÑO GOMEZ*			DOCUMENTO	CC - 44007378
				PROFESION	PROFESIONAL
LUGAR DE NACIMIENTO	MEDELLIN			DIRECCION	BARRIO LA MILAGROSA
F.NACIMIENTO	29/10/1985	SEXO	FEMENINO	TELEFONO	3148884323
EDAD	37 Años - 2 Meses - 15 Dias	RH:	O+	MUNICIPIO	MEDELLIN (ANTIOQUIA)
ESTADO CIVIL	CASADO(A)			E.P.S.	SURA
ESCOLARIDAD	Superior	N. HIJOS :	1	A.F.P.	PROTECCION
CARGO A DESEMPEÑAR	**INDEPENDIENTE**			A.R.L.	NO DEFINIDA
Fecha de Ingreso	13/01/2023	Antiguedad	0 Años 0 Meses		

RESULTADO DE EXAMENES

Audiometría	No realizado
Glicemia	No realizado
Hemoleucograma y Sedimentación	No realizado
Columna y Osteomuscular	NORMAL
Espirometría	No realizado
Valoración Psicológica	Normal durante la evaluación médica
Examen Visual Ocupacional	EMETROPE

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	

EX. VIS.	Cerca	Lejos	Usa Corrección
OD	0.5 M	20/20	NO
OI	0.5 M	20/20	**Visión Cromática**
AO	0.5 M	20/20	Normal

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
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
Realizar pausas activas
EMETROPE
Disminuir de Peso.

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

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 que estén 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