IPS San Fernando	**IPS SAN FERNANDO SAS** **900,475,095** **LICENCIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO No.2469 DE 2014** **CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL**	COD	F-EO-01-FI
		VERSION	3
		FECHA	19-AGT-20
		Pág. 1 de 1	

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre de la empresa: ALCALDIA MUNICIPAL CABUYARO Entidad en Mision: ALCALDIA MUNICIPAL CABUYARO
Ciudad: PUERTO LOPEZ- META
SECTOR: ENTIDAD ESTATAL FECHA:18/03/2024 HORA : 13:18



DATOS DEL TRABAJADOR

Nombres ADRIANA DEL ROCIO Apellidos NIÑO GIRALDO Nro Hijos: 00 Edad: A044
CC: 35,262,016 Genero Fem. CARGO: CONTRATISTA F.nacimiento 20/12/1979
Direccion: CALLE 6 NO 20-72 JULIO FLOREZ Estrato: 2 Telefono: 3205764016 ARL:
Eps: E.P.S. SANITAS S.A. RH: O + AFP:

TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL -REHUSA Examen Medico

PRE INGRESO	X	PERIODICO		EGRESO		REUBICACION		VALORACION MEDICA		CAMBIO DE CARGO	
BRIGADISTA		POST INCAPACIDAD		PRE VACACIONAL		POST VACACIONAL		REINTEGRO LABORAL		OTRO	

EXAMENES REALIZADOS (MARQUE CON UNA X)

Examen Medico Ocupacional	SI	Optometria	NO	Audiometria	NO	Espirometria	NO	Osteomuscular	SI	Cardiovascular	NO
Alturas	NO	Laboratorios:		Cuadro Hematico	NO	Glicemia	NO	Parcial de orina	NO	Perfil lipidico	NO
Alcohol en saliva	NO	Marihu. en orina	NO	Cocaina en Orina	NO	Creatinina	NO	Psicologia	NO	Manip. de alimentos	NO

Otros Examenes: 1 ____ 2 ____ 3 ____

EXAMEN PERIODICO:

Continua en su Cargo:	SI		NO		Debe Ser Reubicado	SI	NO
Se Envia a su EPS para Su Valoracion:	SI		NO		Se Envia a su ARP para seguimiento de Caso	SI	NO

EXAMEN DE RETIRO: Debe ser valorado:

Enfermedad Comun: SI: NO: Estudio de E.P: SI: NO: Estudio de A.T.E.P: SI: NO:
Ingreso al P.V.E: SI: X NO: Cual:CARDIOVASCULAR, ERGONOMICO

EXAMEN REINTEGRO:	
EXAMEN PRE-INGRESO:	PRESENTA CONDICIONES DE SALUD QUE NO DISMINUYEN SU CAPACIDAD LABORAL
EXAMEN PERIODICO:	
EXAMEN EGRESO:	

SE AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA:

APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS	SI		NO		NO APLICA	X
APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS	SI		NO		NO APLICA	X
APTO PARA LABORAR EN ALTURAS	SI		NO		NO APLICA	X
APTO PARA CONDUCIR	SI		NO		NO APLICA	X

NOTA: para trabajar en alturas es necesario previa verificacion de certificacion en alturas RESOLUCION 4272 de 2021

TIPO DE RESTRICCIONES

Tipo de restriccion	Condiciones, factores, funciones, o agentes de riesgo asociados	Temporal	Permanente

RECOMENDACIONES

1.Uso de EPP

uso bota puntera de acero	
uso zapato de goma	X
uso camisa manga larga	
uso de casco / cofia	
Proteccion auditiva doble	
Proteccion solar FP 100	
Uso gafas de proteccion	
Uso proteccion respiratoria	X
Utilizar Ayudas Ergonomicas	X

EXAMEN OCUPACIONAL SIN PARACLINICOS
BAJAR DE PESO

2.Cambios estilo de vida

Gimnasia laboral	X
Higiene postural	X
Dieta sin grasa / Dieta sin azucar	
Bajar de peso	X
Suprimir cigarrillo	
Reducir consumo de alcohol	
uso medias anti varicos	
Control TA	
Control periodico Ocupacional	X

MANEJO ADECUADO DE CARGAS POR HERNIA UMBILICAL

3.Capacitacion

Capacitar Trabajos en alturas y/o espacios confinados	
Induccion puesto de trabajo	X
Pausas activas c/2h	X
Adecuada manipulacion de cargas hasta 5-10-15-20 KL	X
S.S RX Torax	
S.S RX C.L.S.	
EMG+VMC MM SS	

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR. Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mi el examen medico y/o paraclinico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento.El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y proposito del examen medico y/o paraclinico(s) ocupacional(es), He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el proposito, los beneficios, la interpretacion, las limitaciones y riesgos del examen medico y/o paraclinico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoria brindada antes de la respectiva toma de pruebas. Entiendo que la realizacion de esto(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomara Salud Ocupacional de IPS SAN FERNANDO SAS para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuesta dadas por mi en este(os) estan completas y son verdicas. Autorizo a Salud Ocupacional de IPS SAN FERNANDO SAS para las situaciones Finalmente manifiesto que he leido y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

MEDINA GRANADOS FERNANDO
FIRMA Y SELLO MEDICO
REGIS[illegible]1-3843

TRABAJADOR: NIÑO GIRALDO ADRIANA DEL ROCIO
C.C. 35,262,016

Hora de Entrega:2 m2

Powered by CamScanner