

CERTIFICACIÓN MEDICA OCUPACIONAL

05/09/2023

CIUDAD: FUSAGASUGÁ

DATOS DEL TRABAJADOR, CONTRATISTA O ASPIRANTE

Nombre: María Valentina Clavijo Moreno.

Identificación: C.C. 1072497586.

Edad: 24 AÑOS

Género: F

Cargo: Tecnóloga.

Área: Campo/administrativa.

NOMBRE DE LA EMPRESA:

Instituto Geográfico Agustín Codazzi. Nit. 8999990049.



TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL REALIZADO:

Pre ocupacional: X	Curso de alturas:	Periódico:	Pos incapacidad:
Ingreso:	Cambio de Ocupación:	Egreso o Retiro:	OTRO: ALIFICACIÓN ARL

EXMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS: PREOCUPACIÓN AL co énfasis: Osteomuscular y musculoesquelético dentro de parámetros normales. Equilibrio y coordinación motriz en rango normal. Reflejos Osteotendinosos normales. Cardiovascular normal. Visiometría competente con corrección.

CONCEPTO PARA EXAMENES DE INGRESO O PERIODICOS

Descripción	SI	NO	NO APLICA	APLAZADO
Limitaciones o restricciones		X		
Cumple con los requisitos de salud para Alturas			X	

Descripción de la restricción: NINGUNA

DESCRIPCION PARA TODOS LOS EXAMENES INCLUYENDO LOS DE EGRESO

Sospecha o detección de:	SI	NO	EN ESTUDIO
Accidente de trabajo no reportado		X	
Enfermedad Laboral		X	
Enfermedad Común	X		
Enfermedad agravada por el trabajo		X	
Secuelas de accidente laboral		X	

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual	X	Auditivo	X	Conserva. Voz		Cardiovascular		Psicosocial		Ergonómica	X	Mecánico		Biológico	
--------	---	----------	---	---------------	--	----------------	--	-------------	--	------------	---	----------	--	-----------	--

REMISIONES: NINGUNA.

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES: 1. Utilizar EEP 2. Pausas activas 3. Ingesta regular de agua 4. Higiene postural 5. Atender normas de bioseguridad 6. Por su EPS: Visual periódico, tamizaje de rutina anual, citología anual, control por medicina familiar. 7. ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.

CONCEPTO: APTA PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES.



Dra. Julia Hernández Vergara
ESP. SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
UNIVERSIDAD MANUELA BELTRAN
RES. 25-0779 / C.C. 32624309

Dra. Julia Hernández Vergara
RES. 25-0779 / CC 32624309

Consentimiento informado del asistente o Trabajador.

Yo María Valentina Clavijo Moreno. Identificado con C.C 1072497586.

Autorizo al profesional en mención a que me realice de manera voluntaria el examen Médico ocupacional, exámenes complementarios y de constancia de que tuve oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de este examen y/o complementarios necesarios y referenciados en este documento; Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgo. Certifico que la información que he suministrado es verdadera y completa. Acepto el manejo de confidencialidad que esta entidad dé a la misma. Autorizo que la información recopilada pueda ser utilizada para la implementación de los sistemas de Vigilancia Epidemiológica de las empresas y la realización de los estudios de investigación con fines científicos. Se suministra la información necesaria a las personas o entidades competentes en la legislación para el desarrollo del sistema de gestión de la seguridad y la salud en el trabajo (SG-SST) Decreto 1443 de 2014.

En Constancia Firmo _____

A los 05 días del mes de SEPTIEMBRE del año 2023