# CENTRO MEDICO OCUPACIONAL DEL VALLE S.A.S

Nit. 900392343 - 7
Dirección: CALLE 35 A NORTE # 3 N 60
Tel: 3217749857 - 3855234

**INFORME MEDICO OCUPACIONAL DE APTITUD**

Ingreso [X]
Periódico [ ]
Retiro [ ]



## DATOS DEL PACIENTE

Fecha **29/07/2020 10:54:00** Empresa **PARTICULAR**

Nombre **LUIS FERNANDO PEREZ TABA**

Cargo **ASESOR** Doc. Identidad **CC 10000712**

## SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

| | | |
|---|---|---|
| 1 EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO | 2 | 3 |
| 4 | 5 | 6 |
| 7 | 8 | 9 |

| EXAMEN DE INGRESO | SI | NO | NO APLICA | FALTA INFORMACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| Apto para el cargo | ⊗ | ○ | ○ | ○ |
| Aplazado | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Apto con restricciones | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Apto para trabajar en alturas | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Apto para trabajar en espacios confinados | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Apto con recomendaciòn | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Apto para participar en la brigada | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista | ○ | ○ | ○ | ○ |

| EXAMEN PERIÓDICO | SI | NO |
|---|---|---|
| Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones | ○ | ○ |
| Requiere de restricción de actividades | ○ | ○ |
| Requiere de reubicación laboral temporal | ○ | ○ |
| Requiere reubicación laboral permanente | ○ | ○ |
| Apto para trabajar en alturas | ○ | ○ |
| Apto para trabajar en espacios confinados | ○ | ○ |

| EXAMEN DE RETIRO | SI | NO |
|---|---|---|
| Satisfactorio | ○ | ○ |
| No Satisfactorio | ○ | ○ |
| Enfermedad Común | ○ | ○ |

**PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA**

Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ⊗ Psicosocial ⊗ Ergonómico ⊗ Otros ○

| REMISIÓN | SI ○ | NO ○ | ARL | SI ○ | NO ○ | EPS | SI ⊗ | NO ○ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

VALORACIÓN POR NUTRICIÓN POR EPS.

SE RECOMIENDA:

1. LAVADO DE MANOS DE MÍNIMO 30 SEGUNDOS DE DURACIÓN POR CADA 1 A 3 HORAS DE TRABAJO, O SEGÚN COMO ESTÉ ESTIPULADO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST) DE LA EMPRESA.

2. MANTENER DISTANCIAMIENTO SOCIAL LABORAL Y EXTRALABORAL RECOMENDADO DE MÍNIMO 2 METROS.

ANDRES FELIPE OROZCO PORTOCARRERO
Especialidad: SALUD OCUPACIONAL
CC: 1144034633 RM: LIC. S.O 0213 DE 2.017

Captura Biometrica



Escaneado con CamScanner

**INFORME MEDICO OCUPACIONAL DE APTITUD**

Ingreso [X]
Periódico [ ]
Retiro [ ]

3. USO PERMANENTE DE TAPABOCAS DURANTE TODA SU JORNADA LABORAL.

4. DEBE USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, ADECUADOS PARA EL DESEMPEÑO SEGURO DE SU LABOR.

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

ANDRES FELIPE OROZCO PORTOCARRERO
Especialidad SALUD OCUPACIONAL
CC. 1144034633 RM. LIC. S.O 0213 DE 2.017

Captura Biometrica



Escaneado con CamScanner