**SOLAB SAS**
Nit. 900724151 - 6
Dirección: CR 3 A 24 113
Tel: (5) 4235858 - 4361949

# INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

**Tipo certificación:** Ingreso ⊗ | Periódico ○ | Retiro ○ | Post incapacidad ○ | Caso ocupacional ○
Control ○ | Reubicación ○ | Ingreso al SVE ○ | Trabajo en alturas ○



## DATOS DEL PACIENTE

Fecha **30/08/2024 09:01:00** Empresa **PARTICULAR**

Nombre **LUIS ANGEL SOLANO GUZMAN**

Cargo **CAMILLERO** Doc. Identidad **CC 1083037510**

## SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

| | | |
|---|---|---|
| 1 EXAMEN FISICO OSTEOMUSCULAR | 2 | 3 |
| 4 | 5 | 6 |
| 7 | 8 | 9 |

| EXAMEN DE INGRESO | SI | NO |
|---|---|---|
| Sin restricciones para el cargo | ⊗ | ○ |
| Con restricciones para el cargo | ○ | ○ |
| Requiere recomendaciones especificas para el cargo | ○ | ○ |
| Aplazado | ○ | ○ |
| Apto para trabajar en alturas | ○ | ○ |
| Apto para trabajar en espacios confinados | ○ | ○ |
| Apto para manipulación de alimentos | ○ | ○ |
| Apto para conducir | ○ | ○ |

| EXAMEN PERIÓDICO | SI | NO |
|---|---|---|
| Sin restricciones para continuar desempeñando el cargo | ○ | ○ |
| Con restricciones para continuar desempeñando el cargo | ○ | ○ |
| Requiere recomendaciones especificas | ○ | ○ |
| Requiere reubicación laboral | ○ | ○ |
| Apto para trabajar en alturas | ○ | ○ |
| Apto para manipulación de alimentos | ○ | ○ |
| Apto para conducir | ○ | ○ |

| EXAMEN DE RETIRO | SI | NO |
|---|---|---|
| Enfermedad laboral | ○ | ○ |
| Secuelas de Accidentes de Trabajo | ○ | ○ |
| Enfermedad Común | ○ | ○ |

## PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

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

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

HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, HÁBITOS SALUDABLES, USO DEL EPP PARA LA LABOR

DIETA Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

VALORACIÓN POR NUTRICIÓN DE EPS

DRA. ANA MARIA TORRADO DIAZ
RM. 11111
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
LIC. OCUPACIONAL 080

Trabajador: LUIS ANGEL SOLANO GUZMAN
CC: 1083037510
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

## INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

SE REALIZÓ ENCUESTA PARA COVID 19. DEBE CUMPLIR CON EL PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD DISEÑADO POR LA EMPRESA PARA EVITAR EL CONTAGIO DE COVID 19

**RESTRICCIONES**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de los exámenes necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos del examen médico ocupacional y/o complementarios, a partir de la información recibida. Certifico que la información que he suministrado, es verdadera, completa y no he omitido información sobre mi estado de salud, acepto el manejo de confidencialidad que SOLAB S.A.S. dé a la misma, autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los sistemas de vigilancia epidemiológica de la empresa y la realización de estudios de investigación con fines científicos (Ley 1581 de 2012), suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo - SG-SST.

NOTA ACLARATORIA

*Este certificado no es válido para trámites de licencia de conducción

DRA. ANA MARIA TORRADO DIAZ
RM. 11111
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
LIC. OCUPACIONAL 080

Trabajador: LUIS ANGEL SOLANO GUZMAN
CC: 1083037510
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad


Captura Biometrica