

CERTIFICADO MEDICO APTITUD LABORAL
 DR. JUAN ANDRÉS SILVA
 MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
 RESOLUCIÓN 25-3189 DE 2016 SECRETARIA DE SALUD CUNDINAMARCA
 Calle 56 Sur N.14C24 Este Tel. 2697481



Fecha: 16/05/2023
 Paciente: JOHN FREDY BOGOTA JIMENEZ
 Identificación: CC 1.032 441 312
 Tipo de Evaluación: **INGRESO**
 Fecha ingreso:
 Descripción Cargo: AUXILIAR ADMINISTRATIVO

ORIGEN: JUAN ANDRES SILVA FERNANDEZ
 DESTINO: SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRACION
 CARGO: AUXILIAR ADMINISTRATIVO

Pruebas de Apoyo Diagnostico

Certificación de Aptitud

Examen de Ingreso	No tiene patologia alguna desde el punto de vista ocupacional para desempeñar el cargo. No tiene ninguna alteracion de salud Tiene patologia pero no le impide desempeñar el cargo y no es susceptible de agravarse Apto con restricciones que se pueden solventar con herramientas para desarrollar su trabajo normal.
Examen Periodico	Sin patologia de salud asociada a la labor desarrollada o alguna alteracion de origen comun. Sin patologia de salud asociada a la labor desarrollada pero tiene alguna alteracion de origen comun Tiene alteraciones en su salud que es necesario establecer si son de origen comun o estan asociadas a la labor desempeñada
Examen de Egreso	No evidencia ninguna alteracion de salud asociada a la labor desempeñada Evidencia alguna alteracion de salud asociada a la labor desempeñada, no diagnosticada se remite a EPS para determinar el origen de la enfermedad

ÉNFASIS: **BIOMECANICO U OSTEOMUSCULAR**
 RESTRICCIONES: **CORRECCIÓN VISUAL PERMANENTE**

RECOMENDACIONES: **REFORZAR VACUNACIÓN TETANO Y HEPATITIS B**

Observaciones

<input type="checkbox"/> Endocrino	<input type="checkbox"/> Control Nutrición	<input checked="" type="checkbox"/> Control Optometría	<input type="checkbox"/> Control Oftalmología
<input type="checkbox"/> Control Otorrinolaringología	<input type="checkbox"/> Control Ortopedia	<input type="checkbox"/> Dermatología	<input type="checkbox"/> Ginecología
<input checked="" type="checkbox"/> Medicina General	<input type="checkbox"/> Neumología	<input type="checkbox"/> Laboratorios	<input type="checkbox"/> Neurología
<input type="checkbox"/> Medicina Interna	<input type="checkbox"/> Odontología	<input type="checkbox"/> Reumatología	<input type="checkbox"/> Vascular Periferico

Recomendaciones

<input checked="" type="checkbox"/> Examen periódico ocupacional anual	<input type="checkbox"/> Continuar Tto. Medico	<input checked="" type="checkbox"/> Incluir en el S.V.E. Visual	<input type="checkbox"/> Químico
<input checked="" type="checkbox"/> Manejo de cargas o posturas	<input checked="" type="checkbox"/> Pausas activas laborales	<input type="checkbox"/> Biomecánico	<input type="checkbox"/> Psicolaboral
<input type="checkbox"/> Remitir a EPS	<input checked="" type="checkbox"/> Acatar Normas SST de la empresa	<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Respiratorio
<input checked="" type="checkbox"/> Uso E.P.P		<input type="checkbox"/> Auditivo	<input type="checkbox"/> Biológico

Consentimiento informado

Consiento la realizacion de examen medico, paraclínicos, exámenes complementarios, toma de muestra y laboratorio, solicitados por la empresa de acuerdo al perfil del cargo. He sido informado acerca de los procedimientos de cada uno de los exámenes por el profesional competente. Declaro que la información que he suministrado es verídica y puede ser confirmada; no tengo impedimento mental, ni social para laborar. El empleador debe seguir y realizar las recomendaciones registradas en este documento por el medico ocupacional.

Dr. Juan Andrés Silva F.
Medico Especialista
Salud Ocupacional
T.P. 26934 U.M.B.

FIRMA DEL TRABAJADOR
 1032441312