

	CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL	
---	--	---

Fecha y lugar: <u>Inmida 06 agosto 2024</u>			
Nombre: <u>Angie Tetrava Herrera Gonzalez</u>			
Identificación: <u>1121718601</u>	Edad: <u>06 años</u>	Genero: <u>femenino</u>	Grupo sanguíneo: <u>PHIA+</u>
Dirección: <u>Barrío Poverer</u>		Empresa: <u>F.C.B.F.</u>	
Teléfono: <u>3208151707</u>		Profesión/cargo: <u>Trabajo social</u>	

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL DE:
 INGRESO (☒) PERIODICO () EGRESO () ALTURA () REINTEGRO ()
 MANIPULACION DE ALIMENTO () OTRO () CUAL: _____
 EXAMENES PARA MEDICOS REALIZADOS: _____

CONCEPTO DE APTITUD:

APTO PARA SIN RESTRICCIONES..... (☒)		
APTO CON RESTRICCIONES..... ()		
APLAZADO..... ()		
NO APTO..... ()		
RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES: SI () NO (☒)		
Remisión a su EPS: []	Uso de EPP según el riesgo: []	Dejar de fumar: []
Remisión a su ARL: []	Higiene postural: []	Reducir consumo de alcohol: []
Seguimiento SVE: []	Pausas activas: []	Control de peso: []
Seguir manejo médico: []	Evitar manipular cargas: []	Ejercicio físico: []
Valoración nutricional: []	Ayudas de movilidad: []	Optometría: []

CONSIDERACIONES OCUPACIONALES ESPECIALES DECRETO 1374 DE 2020 POR COVID 19:

Según lineamientos del Ministerio de Salud y de acuerdo a la valoración médica realizada el usuario **NO PRESENTA** comorbilidades o condiciones que lo ponen en riesgo de hacer complicaciones en caso de infección por COVID 19, de acuerdo a lo establecido en el Anexo Técnico del Decreto 1374 de 2020 y la Circular 30 de 2020, en su numeral 4."

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 y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización.

Teresita Arana Zuñiga Angie Herrera Gonzalez

 MEDICO TRABAJADOR

TERESITA ARANA ZUÑIGA

TRABAJADOR

Médico salud ocupacional

Res.: 2477

Teléfono: 320 494 2186

Señor trabajador, a partir de la fecha usted cuenta con 30 días para seguir y realizar las indicaciones del especialista en seguridad y salud en el trabajo registrada en este documento. Declaración del aspirante: manifiesto con mi firma o huella que no oculto datos relevantes de mis antecedentes que pudieran influir sobre la evaluación de mi estado de salud. Dando cumplimiento a la normalidad vigente resolución 2346 del 2007 y 1918 del 2009.

Teresita Arana Zuñiga

ESPECIALISTA EN

SALUD OCUPACIONAL

Lic. No. 10371

ESPECIALISTA EN
 SALUD OCUPACIONAL
 Lic. No. 10371