CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL
HIGEA SALUD OCUPACIONAL Y RIESGOS SAS

NIT 900804955-4

Calle 55 # 46-14 Oficina 1109 Edificio Perú Oriental - TEL: 3227042 - 3146682467

Fecha Examen : **10/01/2024 HORA : 14:42**

Tipo de Examen : **INGRESO**

Empresa : **PARTICULAR**

PARTICULAR



IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

NOMBRE DEL TRABAJADOR	***JUAN CARLOS PEÑA HENAO***			DOCUMENTO	CC - 15328062
				PROFESION	GESTOR DE SALUD
LUGAR DE NACIMIENTO	YARUMAL ANTIOQUIA			DIRECCION	CALLE 41 N 59 BB 35
F.NACIMIENTO	24/11/1974	SEXO	MASCULINO	TELEFONO	6118630- 3045308498
EDAD	49 Años - 1 Meses - 16 Dias		RH: O+	MUNICIPIO	BELLO (ANTIOQUIA)
ESTADO CIVIL	UNION LIBRE			E.P.S.	SURA
ESCOLARIDAD	Postgrado	N. HIJOS :	2	A.F.P.	COLPENSIONES
CARGO A DESEMPEÑAR	**ASESOR**			A.R.L.	NO DEFINIDA
Fecha de Ingreso	10/01/2024	Antiguedad	0 Años 0 Meses	Misión en	

RESULTADO DE EXAMENES

Audiometría	No realizado
Glicemia	No realizado
Hemoleucograma y Sedimentación	No realizado
Columna y Osteomuscular	Columna bien alineada, sin deformidades, buenos arcos de movimiento - Osteomuscular sin alteraciones
Espirometría	No realizado
Valoración Psicológica	Normal durante la evaluación médica
Examen Visual Ocupacional	ALTERACION VISION LEJANA - CORRIGE CON LENTES

CONCEPTO MEDICO INGRESO

Apto para el cargo sin patologia aparente	
Apto para el cargo con patología que no limita la labor	X
Apto para el cargo a desempeñar con restricciones	
Motivo:	
Aplazado	
Motivo:	
No Apto para el cargo	
Motivo:	
Próxima valoración ocupacional	

EX. VIS.	Cerca S.L	Lejos S.L	Cerca C.L	Lejos C.L	Usa Corrección
OD	0.5 M	20/50	0.5 M	20/20	SI
OI	0.5 M	20/30	0.5 M	20/20	**Visión Cromática**
AO	0.5 M	20/30	0.5 M	20/20	Normal

RECOMENDACIONES - OBSERVACIONES Y RESTRICCIONES

OBSERVACIONES:
Paciente en aparentes buenas condiciones generales

RECOMENDACIONES:
- Debe continuar manejo de sus patologías crónicas en su EPS por medicina general
- Control anual con optometría
- Bajar de peso, dieta hipocalórica, ejercicio regular 2 - 3 veces por semana

SEGUIMIENTO REGULAR DE SU PATOLOGIA DE BASE EN SU EPS.
Completar el esquema de vacunación acorde a los factores de riesgo presentes en la empresa. adjuntar copia del carné de vacunación.
Hábitos saludables: dieta adecuada y ejercicio físico 150 minutos a la semana de una duración no menor a 30 minutos por sesión
Reportar las condiciones de trabajo que pueden ser generadoras de accidentes laborales
Utilizar adecuadamente los elementos de protección personal
Cumplir a cabalidad con las normas del reglamento de higiene y seguridad industrial en la empresa
Reportar todo incidente y/o accidente de trabajo que ocurra
Mantener una adecuada hidratacion.
Realizar pausas activa

S.V.E.	
Visual	
Auditivo	
Ergonómico	x
Psicosocial	
Cardiovasc.	
R. Biológico	
Respiratorio	
Químico	

HIGEA
SALUD OCUPACIONAL Y RIESGOS S.A.S.

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL
HIGEA SALUD OCUPACIONAL Y RIESGOS SAS
NIT 900804955-4
Calle 55 # 46-14 Oficina 1109 Edificio Perú Oriental - TEL: 3227042 - 3146682467

Fecha Examen : **10/01/2024 HORA : 14:42**

Tipo de Examen : **INGRESO**

Empresa : **PARTICULAR**

PARTICULAR



Remisión EPS **NO**

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Previamente a este examen he sido informado por la empresa y el médico examinador de las exigencias de Ley para su realización, por consiguiente certifico que he autorizado para que se me efectúe, incluyendo los exámenes de laboratorio y ayudas paraclínicas establecidas para el cargo dentro del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo, igualmente autorizo para que su contenido sirva para los diferentes sistemas de vigilancia epidemiológica que estén establecidos; acorde a la normatividad vigente.
El examinado autoriza para que a través del médico de la empresa, ésta conozca el certificado médico de ingreso ocupacional e igualmente la exposición anterior a riesgos ocupacionales.

EXAMINADO: Bajo la gravedad de juramento afirmo que he contestado todas las preguntas realizadas sin omitir información sobre mi historia de salud. Así mismo he recibido las recomendaciones y / o restricciones sobre mi puesto de trabajo para que pueda cumplir la labor que se me ha asignado, acatando así lo dispuesto por la resolución 2346 de 2007

ROBERTO JAIRO ESCOBAR VELILLA
Registro Médico : 5734 Licencia S.O. 5734-2013

JUAN CARLOS PEÑA HENAO
CC - 15328062