HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL
CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL



ASLO SALUD MEDICINA LABORAL S.A.S.

Nit 901046423-9

Dirección: Calle 5 B 3 # 36 - 45 Cali, Colombia Cel. 318

Fecha Examen : 07/02/2024 HORA : 19:21

Tipo de Examen : INGRESO

IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

NOMBRE DEL TRABAJADOR	RAFAEL FERNANDO CASTRO ALEGRIA			PROFESION	ABOGADO
DOCUMENTO	CC - 1107072213			DIRECCION	CRA 61 # 3-40
LUGAR DE NACIMIENTO	CALI			TELEFONO	xxxxxxxxxx
F.NACIMIENTO	30/08/1992	SEXO	MASCULINO	MUNICIPIO	LA CUMBRE (VALLE)
EDAD	31 Años - 5 Meses - 8 Dias	RH:	A+	E.P.S.	SURA
ESTADO CIVIL	SOLTERO(A)			A.F.P.	COLPENSIONES
ESCOLARIDAD	Superior	N. HIJOS :	0	A.R.L.	POSITIVA
CARGO A DESEMPEÑAR	PROFESIONAL ESPECIALIZADO				

Fecha de Ingreso	07/02/2024	Antiguedad	0 Años 0 Meses	Empresa	INDEPENDIENTE

RESULTADO DE EXAMENES

CONCEPTO MEDICO DE INGRESO

Luego de realizar la V.M.O. a RAFAEL FERNANDO CASTRO ALEGRIA con CC 1107072213, concluyo: NO Presenta Restricciones

RESTRICCIONES

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES PREVENTIVAS

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
Capacitación en Higiene postural, levantamiento y transporte de cargas. Pausas activas
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

RECOMENDACIONES GENERALES

Disminuir de Peso.

OBSERVACIONES

Luego de valorado el trabajador y analizado los factores de riesgo a los que está(rá) expuesto en su trabajo considero debe ser incluido en los siguientes S.V.E.O.

S.V.E.O.

Remisión EPS : **NO**

Visual		Psicosocial		Respiratorio			
Auditivo		Cardiovasc.		Químico			
Ergonómico		R. Biológico		Voz			

EXAMINADO: Bajo la gravedad de juramento afirmo que he contestado todas las preguntas realizadas sin omitir información sobre mi historia de salud. He recibido todas 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



JOSUE LUIS ASPRILLA LOZANO
Registro Médico : 8243 Licencia S.O. 1062

Rafael

RAFAEL FERNANDO CASTRO ALEGRIA
CC - 1107072213