

CERTIFICADO DE CONCICIÓN DE SALUD

MEDICINA OCUPACIONAL

Fecha:	14/2/2024	DR. GILBERTO ALONSO R. * COD HAB: 230010135001		
Empresa:	Particular			
Nombre del trabajador/aspirante:	Eulalia Valderrama de la Espriella			
Identificación:	CC	43259787	Género:	FEMENINA
Cargo:	CONTRATISTA	Ciudad:	Montería	Hora: 9:00 AM: X PM:

Examen Pre ocupacional: X	Examen Periódico:	Examen Post ocupacional:
---------------------------	-------------------	--------------------------

HACEMOS CONSTAR QUE EN LA FECHA HEMOS EXAMINADO AL ASPIRANTE SUSCRITO, DENTRO DEL EXAMEN DE INGRESO SOLICITADO POR USTEDES, CON EL SIGUIENTE RESULTADO DESPUÉS DE LA VALORACIÓN MÉDICA:

INTERVENCIÓN	SI	NO
Examen clínico	X	
Audiometría		
Visiometría		
Espirometría		
Prueba Psicosensoométrica		
Examen de laboratoria clínico		

RESULTADOS DE LA VALORACIÓN			
Sin restricción para el cargo (por examen clínico)	X	EGRESO	
Con reubicación laboral temporal		Satisfactorio	No satisfactorio
Sin restricción para laborar en alturas (por examen clínico)			
Sin restricción para laborar manipular alimentos			
Aplazado			
Motivo de aplazamiento			
NINGUNA			
Tipo de restricciones			
NINGUNA			
Recomendaciones			
Examen médico ocupacional periódico	SI	OSTEOMUSCULAR SIN ALTERACIONES BIOMECHANICAS AL MOMENTO DEL EXAMEN	
Dieta sana y ejercicio	SI		
Pausas activas e higiene postural	SI		
Auto examen de mama	SI		
Citología cérvico uterina anual	SI		
Auto examen testicular	NO		
Uso de elementos de protección personal (EPP)	SI		
Valoración por: OPTOMETRIA ANUAL			

ACEPTO EL CONTENIDO ESCRITO DE ESTE DOCUMENTO Y CERTIFICO LA VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN ENTREGADA PARA SU DILIGENCIAMIENTO. EN SEÑAL DE ESTO, FIRMO AL PIE DE PÁGINA DEL MISMO.  
SE ENTREGA CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL, SEÑOR(A) TRABAJADOR(A) A PARTIR DE LA FECHA USTED CUENTA CON UN MES PARA SEGUIR Y REALIZAR LAS RECOMENDACIONES QUE SON REGISTRADAS EN ESTE DOCUMENTO POR EL MÉDICO



**Gilberto Alonso R.**  
MEDICO OCUPACIONAL  
Reg. MD 640-99 C.C. 91441297

**GILBERTO ALONSO R.**  
Reg MD 640-99; Lic. S.O 169, cc 91441297  
Esp. SALUD OCUPACIONAL

FIRMA DEL TRABAJADOR  
CEDULA O IDENTIFICACION