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 : **17/12/2024 HORA : 11:59**

Tipo de Examen : **INGRESO**

Empresa : **PARTICULAR**



IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

NOMBRE DEL TRABAJADOR	***ALEJANDRO MUNERA CARVAJAL***			DOCUMENTO	CC - 1152703318
				PROFESION	PROFESIONAL
LUGAR DE NACIMIENTO	RESTREPO VALLE			DIRECCION	NIQUIA
F.NACIMIENTO	15/04/1996	SEXO	MASCULINO	TELEFONO	3207292642
EDAD	28 Años - 8 Meses - 2 Dias	RH:	A+	MUNICIPIO	BELLO (ANTIOQUIA)
ESTADO CIVIL	SOLTERO(A)			E.P.S.	SURA
ESCOLARIDAD	Superior	N. HIJOS :	0	A.F.P.	PORVENIR
CARGO A DESEMPEÑAR	**PROFESIONAL**			A.R.L.	NO DEFINIDA
Fecha de Ingreso	17/12/2024	Antiguedad	0 Años 0 Meses	Misión en	

RESULTADO DE EXAMENES

Audiometría	No realizado
Glicemia	No realizado
Hemoleucograma y Sedimentación	No realizado
Columna y Osteomuscular	NORMAL
Espirometría	No realizado
Valoración Psicológica	Normal durante la evaluación médica
Examen Visual Ocupacional	TAMIZAJE VISUAL NORMAL

CONCEPTO MEDICO INGRESO

Apto para el cargo sin patologia aparente	**X**
Apto para el cargo con patología que no limita la labor	
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	20/20	0.5 M	20/20	NO
OI	0.5 M	20/20	0.5 M	20/20	**Visión Cromática**
AO	0.5 M	20/20	0.5 M	20/20	Normal

RECOMENDACIONES - OBSERVACIONES Y RESTRICCIONES

SIN RESTRICCIONES

Refiere Vacunación COVID N1 DOSIS JANSSEN

RECOMENDACIONES

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 activas

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

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

ALEXANDRA MARCELA MAYA SUAREZ

Registro Médico : 27413999 Licencia S.O. 27413999

ALEJANDRO MUNERA CARVAJAL

CC - 1152703318