

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso ☒ Periódico ☐ Retiro ☐ Post incapacidad ☐ Caso ocupacional ☐
Control ☐ Reubicación ☐ Ingreso al SVE ☐ Trabajo en alturas ☐

DATOS DEL PACIENTE

Fecha **26/11/2024 09:50:00** Empresa **PARTICULAR**

Nombre **NELSON ALBERTO ACOSTA LINERO**

Cargo **CONTRATISTA**

Doc. Identidad **CC 1082868403**



SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR	2	3
4	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO

SI NO

Sin restricciones para el cargo	☒	☐
Con restricciones para el cargo	☐	☐
Requiere recomendaciones específicas para el cargo	☐	☐
Aplazado	☐	☐
Apto para trabajar en alturas	☐	☐
Apto para trabajar en espacios confinados	☐	☐
Apto para manipulación de alimentos	☐	☐
Apto para conducir	☐	☐

EXAMEN PERIÓDICO

SI NO

Sin restricciones para continuar desempeñando el cargo	☐	☐
Con restricciones para continuar desempeñando el cargo	☐	☐
Requiere recomendaciones específicas	☐	☐
Requiere reubicación laboral	☐	☐
Apto para trabajar en alturas	☐	☐
Apto para manipulación de alimentos	☐	☐
Apto para conducir	☐	☐
EXAMEN DE RETIRO		
SI NO		
Enfermedad laboral	☐	☐
Secuelas de Accidentes de Trabajo	☐	☐
Enfermedad Común	☐	☐

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

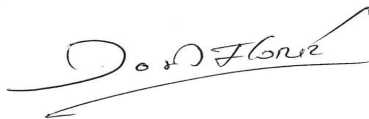
Visual ☐ Auditivo ☐ Respiratorio ☐ Cardiovascular ☐ Psicosocial ☐ Ergonómico ☐ Otros ☐

REMISIÓN SI ☐ NO ☒ **ARL** SI ☐ NO ☐ **EPS** SI ☐ NO ☒

HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, HABITOS SALUDABLES, USO DEL EPP PARA LA LABOR

DIETA Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

NOTAS: - SE REALIZO ENCUESTA PARA COVID 19 - DEBE CUMPLIR CON EL PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD DISEÑADO POR LA EMPRESA PARA EVITAR EL CONTAGIO DE COVID 19.



DR. JOSE DAVID FLOREZ JANICA
MEDICO CIRUJANO RM 472 S.S.M
UNIVERSIDAD METROPOLITANA
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
UNIVERSIDAD DEL NORTE
Lic. Ocupacional 0119



Trabajador: NELSON ALBERTO ACOSTA LINERO
CC: 1082868403

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

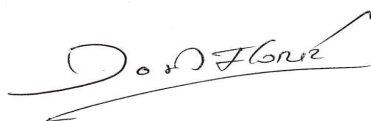
RESTRICCIONES

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 de manifestar mi consentimiento para la realización de los exámenes necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos del examen médico ocupacional y/o complementarios, a partir de la información recibida. Certifico que la información que he suministrado, es verdadera, completa y no he omitido información sobre mi estado de salud, acepto el manejo de confidencialidad que SOLAB S.A.S. dé a la misma, autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los sistemas de vigilancia epidemiológica de la empresa y la realización de estudios de investigación con fines científicos (Ley 1581 de 2012), suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo - SG-SST.

NOTA ACLARATORIA

*Este certificado no es válido para trámites de licencia de conducción



DR. JOSE DAVID FLOREZ JANICA
MEDICO CIRUJANO RM 472 S.S.M
UNIVERSIDAD METROPOLITANA
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
UNIVERSIDAD DEL NORTE
Lic. Ocupacional 0119



Trabajador: NELSON ALBERTO ACOSTA LINERO
CC: 1082868403

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica