CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

HIGEA SALUD OCUPACIONAL Y RIESGOS SAS

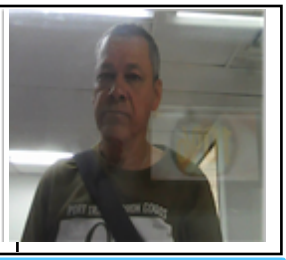
NIT 900804955-4

Calle 55 # 46-14 Oficina 1109 Edificio Perú Oriental - TEL: 3227042 - 314668

Fecha Examen : **28/05/2025 HORA : 08:31**

Tipo de Examen : **INGRESO**

Empresa : **DEMOLICIONES BETANCUR SAS**



IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

NOMBRE DEL TRABAJADOR	***JORGE ALIRIO ZULUAGA GARCIA***			DOCUMENTO	CC - 71000732
				PROFESION	PROFESION NO DEFINIDA
LUGAR DE NACIMIENTO	SAN RAFAEL ANTIOQUIA			DIRECCION	BARRIO
F.NACIMIENTO	13/12/1961	SEXO	MASCULINO	TELEFONO	3144846774
EDAD	63 Años - 5 Meses - 14 Dias	RH:	O+	MUNICIPIO	MEDELLIN (ANTIOQUIA)
ESTADO CIVIL	SEPARADO(A)			E.P.S.	SANITAS
ESCOLARIDAD	Primaria	N. HIJOS :	3	A.F.P.	PORVENIR
CARGO A DESEMPEÑAR	**OPERADOR DE EXCAVADORA**			A.R.L.	POSITIVA
Fecha de Ingreso	28/05/2025	Antiguedad	0 Años 0 Meses	Misión en	

RESULTADO DE EXAMENES

Audiometría	O.DCHO Descenso leve en 4h y 8hz -- O.IZQ Descenso moderado en 3hz y 4hz
Glicemia	No realizado
Hemoleucograma y Sedimentación	No realizado
Columna y Osteomuscular	NORMAL
Espirometría	No realizado
Valoración Psicológica	Normal durante la evaluación médica
PSICOSENSOMETRICO	APROBADO
Examen Visual Ocupacional	TAMIZAJE VISUAL NORMAL ALTERADO PARA CERCA --NORMAL PARA LEJOS

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	20/40	20/20	20/20	20/20	SI
OI	20/40	20/20	20/20	20/20	**Visión Cromática**
AO	20/40	20/20	20/20	20/20	Normal

RECOMENDACIONES - OBSERVACIONES Y RESTRICCIONES

SIN RESTRICCIONES

Refiere Vacunación COVID N3 DOSIS NO RECUERDA NOMBRES

RECOMENDACIONES

USO DE TAPABOCAS EN AMBIENTES CON MATERIAL PARTICULADO POR SINTOMAS ALERGICOS

CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA

USO DE EPP EN AMBIENTES RUIDOSOS

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

Disminuir de Peso.
Control Optómetra anual.

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

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

HIGEA SALUD OCUPACIONAL Y RIESGOS SAS

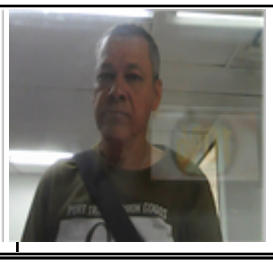
NIT 900804955-4

Calle 55 # 46-14 Oficina 1109 Edificio Perú Oriental - TEL: 3227042 - 314668

Fecha Examen : **28/05/2025 HORA : 08:31**

Tipo de Examen : **INGRESO**

Empresa : **DEMOLICIONES BETANCUR SAS**



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

Alirio Zuluaga

ALEXANDRA MARCELA MAYA SUAREZ
Registro Médico : 27413999 Licencia S.O. 27413999

JORGE ALIRIO ZULUAGA GARCIA
CC - 71000732

TEL:3227042 - 3146682467 www.higeaips.co