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 : 24/06/2020 HORA : 11:24
Tipo de Examen : INGRESO



IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

NOMBRE DEL TRABAJADOR	VALENTINA CHAVARRIAGA CASTRO			PROFESION	ADMINISTRACION FINANCIERO
DOCUMENTO	CC - 1107513516			DIRECCION	XXXXXXXXXXX
LUGAR DE NACIMIENTO	CALI			TELEFONO	3206663533
F.NACIMIENTO	08/12/1997	SEXO	FEMENINO	MUNICIPIO	CALI (SANTIAGO DE CALI) (VALLE)
EDAD	22 Años - 6 Meses - 16 Dias		RH: O+	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	01/06/2020	Antiguedad	0 Años 0 Meses	Misión en	

RESULTADO DE EXAMENES

CONCEPTO MEDICO DE INGRESO

Luego de realizar la V.M.O. a VALENTINA CHAVARRIAGA CASTRO con CC 1107513516, 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 yy seguridad industrial en la empresa
Reportar todo incidente y/o accidente de trabajo que ocurra

RECOMENDACIONES GENERALES

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

Valentina Chavarriaga C.

VALENTINA CHAVARRIAGA CASTRO
CC - 1107513516