CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL

Carrera 37 No. 36 - 29 B. Barzal ipssanjosecalidadvillavicencio@gmail.com Cel: 3003020495
Resolución 1843 de 2025

San José
901502967-1

EMPRESA:						**TIPO DE EXAMEN**	
NIT:						**ADMISION**	**X**
CIUDAD:	**VILLAVICENCIO**		**DPTO**	**META**		**PERIODICO**	
						RETIRO	
FECHA:		**2/12/2025**				**POST-INC**	

DATOS PERSONALES

NOMBRES Y APELLIDOS: GIOVANNY ANDRES OBREGON GUEVARA
CC **TI** **CE** **No.** 80.819.674 **CARGO:** COORDINADOR GENERAL
EDAD 40
GRUPO SANGUINEO: A+
EPS: FAMISANAR
DIRECCION: CL 7 NORTE # 4 36
TELEFONO 3142016680



PRUEBAS PARACLINICAS

LABORATORIOS

OBSERVACIONES

CONCEPTO MEDICO LABORAL

	EXAMEN DE INGRESO		EXAMEN PERIODICO		EXAMEN DE RETIRO
X	Cumple con los requisitos necesarios para el perfil del cargo		Satisfactorio		Satisfactorio
	Presenta Condiciones de Salud que no disminuyen su capacidad laboral		Signos y sintomas de enfermedad general valorar por la EPS		Patologia de Origen comun debe ser valorado por EPS
	Aplazado por Presentar Patologia que requiere ser tratada para su correccion		Se deben reasignar funciones, reubicar, analizar puesto de trabajo		Secuelas de accidente de trabajo
	No cumple con los Requisitos del Cargo		Signos de enfermedad Profesional que deeben ser valorados por la EPS/ARL		Signos de enfermedad Profesional - Valorar EPS

EXAMEN OSTEOMUSCULAR Y VASCULAR	**X**	**APTO PARA ESPACIOS CONFINADOS**		**APTO PARA MANIPULAR CARGAS**	
APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS		**APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS**		**REQUIERE SER REUBICADO**	

RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

SEGÚN IMC		MANEJO EPS / ARL	
Dieta	X	Control PYP por EPS	
Ejercicio Regular	X	Remision a EPS	
Valoración por Nutrición		Remision a ARL	
Descartar Alteración Metabolica		Realizar examenes complementarios	
		Continuar manejo medico	

RECOMENDACIONES		INCLUIR EN SVE	
Control Ocupacional	X	AUDITIVO	
Higiene Postural	X	VISUAL	
Uso de EPP	X	RESPIRATORIO	
Apropiados	X		
Ayudas Ergonomicas		ERGONOMICO	
Evaluacion Pto Trabajo		QUIMICO	
Medidas Anti Varices		CARDIO VASC	

Entiendo que la información contenida en el presente informe es confidencial y será anexada a mi historia clínica ocupacional. Se me ha explicado y he comprendido los resultados de los diferentes exámenes, sus causas ocupacionales y extraocupacionales y sus consecuencias. Me comprometo a cumplir las recomendaciones y restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos medicos expresados y de su contenido en constancia firmo.

Hernán E. Medina C.
MEDICO CIRUJANO GENERAL
Especialista en Salud Ocupacional
R.M. 805 /2007 - Res. 7953 /2022
FIRMA DEL MEDICO

FIRMA DEL TRABAJADOR

VERIFIQUE AUTENTICIDAD DE ESTE CONCEPTO EN EL CORREO: ipssanjosecalidadvillavicencio@gmail.com

* DOCUMENTO PERSONAL E INTRASFERIBLE , CUALQUIER MODIFICACION U FALSIFICACION ACARREARA PROBLEMAS LEGALES

3003020495