CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD LABORAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR.

Fecha: 05/07/2024

Datos del Trabajador.

Identificación:	**Nombres y Apellidos:**	**Edad:**	**Profesión:**
27277206	LYDA RUBY LEDEZMA BRAVO	53 AÑOS	INGENIERA CIVIL

Cargo: DIRECTORA DE INTERVENTORÍA **EPS:** SANITAS **ARL:** SURA **AFP:** PORVENIR

Empresa: INGEPLAN - CONSORCIO ALIANZA CULTURAL CONSACÁ **Tipo de Examen:** INGRESO

Riesgos Prioritarios del Cargo.

BIOLÓGICOS	BIOMECÁNICOS	FÍSICOS	LOCATIVOS	MECÁNICOS	PSICOSOCIALES	QUÍMICOS	RADIACIONES IONIZANTES	RADIACIONES NO IONIZANTES
x	x	x	x	x	x	x		x

Exámenes Paraclínicos.

No

Restricciones

Ninguna

Observaciones.

VALORACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO, DEBERÁ TENER CONTROL, POSTURAL, VISUAL, AUDITIVO, ADEMÁS EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ANUAL, CONTROL ANUAL CON OPTOMETRÍA, INCLUIR EN LOS SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA EMPRESA, SE RECOMIENDA EJERCICIO, DESCANSO Y SUEÑO; PACIENTE O TRABAJADORA EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, APTA PARA DESEMPEÑAR SU LABOR.

Recomendaciones.

1. AUTOCUIDADO: • HIGIENE POSTURAL • PAUSAS ACTIVAS DOS VECES AL DÍA **2**. EVALUACION MÉDICA OCUPACIONAL ANUAL **3**. ESTILOS DE VIDA SALUDABLE: •REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA POR LO MENOS 2 o 3 VECES POR SEMANA • DESCANSO Y SUEÑO • ALIMENTACIÓN BALANCEADA. • USO ESTRICTO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DE BIOSEGURIDAD DURANTE TODA LA JORNADA LABORAL.

Concepto de Aptitud.

Concepto	SI	NO
Presenta Restricción para el desempeño del cargo		X
Presenta Restricción para trabajo seguro en alturas		NA
Presenta Restricción para manipulación de alimentos		NA

Concepto	SI	NO
Presenta Defecto o enfermedad aparente		X
Presenta Alteración o enfermedad que limita la actividad laboral		X
Presenta Alteración o enfermedad que impide la actividad laboral		X

CON RESTRICCIONES ____ **SIN RESTRICCIONES ____**

Firma del Profesional.

Esteban David Argoti Moncayo
Médico Esp. SST
R.M. 87473394 C.M.C.
Lic. 1170 M.P.S

ESTEBAN DAVID ARGOTI MONCAYO.
Médico Esp. S.S.T.
R.M. 87473394 C.M.C.
Lic. 1170 M.P.S.

Firma del Trabajador o Paciente:

CC No **de:**

Trabajador afirma que toda la información suministrada es veraz.

NÚMERO ÚNICO DE FACTURA: 39240