VELA
Medicina Integral Belleza y Salud

# CERTIFICADO APTITUD LABORAL

**EMPRESA CONTRATANTE:** Independiente

**EMPRESA EN MISION:**

INGRESO [X] PERIODICO [ ] EGRESO [ ] ESPECIAL [ ] FECHA: 15/01/2024

NOMBRE: Leandro Sampedro Herrera | EDAD: 32 | C.C.: 1033339557

CARGO: Gerente de Proyectos | SEXO: F [ ] M [X] | CIUDAD: Amagá

**A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES**

1. EXAMEN MÉDICO [X]
2. AUDIOMETRÍA [ ]
3. ESPIROMETRÍA [ ]
4. OPTOMETRÍA [ ]
5. VISIOMETRÍA [ ]
5. PRUEBA PSICOTÉCNICA [ ]
7. OTROS _____

LABORATORIOS: [ ]

## CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL PARA TRABAJO EN ALTURA

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS [ ] NO APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS [ ] Temporal [ ] Definitivo [ ]

## CONCEPTO EXAMENES DE INGRESO

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO / SIN PATOLOGÍA APARENTE [X]
CON PATOLOGÍA QUE NO LIMITA LA LABOR [ ]

APTO CON RESTRICCIÓN [ ] _____

APLAZADO [ ] _____

NO APTO PARA EL CARGO [ ] _____

## CONCEPTO EXAMEN PERIODICO

PUEDE CONTINUAR LABORANDO [ ]

SE SUGIERE REUBICACIÓN LABORAL / TEMPORAL [ ] _____
PERMANENTE [ ] _____

## CONCEPTO EXAMEN DE EGRESO

RETIRO SIN PATOLOGIA APARENTE [ ] RETIRO CON PATOLOGIA SEGUIMIENTO EPS. [ ]

## CONCEPTO EXAMEN ESPECIAL

REINCORPORACIÓN AL PUESTO DE TRABAJO [ ]

SE SUGIERE REUBICACIÓN LABORAL / TEMPORAL [ ] _____
PERMANENTE [ ] _____

## CERTIFICADO DE MANIPULACIÓN ALIMENTOS

APTO [ ] NO APTO [ ] APLAZADO [ ]

## CONDUCTA Y RECOMENDACIONES

| MANEJO POR EPS / ARL | | OCUPACIONALES | | HABITOS Y ESTILOS DE VIDA | |
|---|---|---|---|---|---|
| Control periódico PP por EPS | [ ] | Control Periódico Ocupacional | [X] | Dieta | [X] |
| Remisión a EPS a: Nutrición | | Higiene Postural | [X] | Ejercicio regular 3 veces/sem. | [X] |
| Continuar manejo médico | [ ] | Utilización de EPP | [ ] | Dejar el hábito de fumar | [ ] |
| Remisión a ARL para manejo del caso | [ ] | Utilización de Ayudas Ergonómicas | [ ] | Reducir el consumo de alcohol | [ ] |
| Seguimiento caso ARP | [ ] | Realización de pruebas complementarias | [ ] | | |

incluir en SVE (Sistema Vigilancia Epidemiológica) / VISUAL [X] AUDITIVO [ ] RESPIRATORIO [ ] ERGONÓMICO [X] QUÍMICO [ ]
CARDIOVASCULAR [X] PSICOLABORAL [ ]

PP. Programa de promoción y prevención de la salud: Higiene oral semanal; Citología cervicovaginal anual, Control visual anual; Control de sano anual; Control de próstata anual

## RECOMENDACIONES ESPECIFICAS

Control anual por Optometría / Valoración por Nutrición / Hábitos saludables

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo al (a al) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mi el examen médico y/o paraclinica(o) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional(es). Ha comprendido y ha tenido la oportunidad de analizar el proposito, los beneficios, interpretación, las limitaciones y riesgo del examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas, entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el (los) examen(es). Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de más resultados. Las respuestas dadas por mi en este(os) examen(es) están completas y sos veridicas. Autoriza a Salud Ocupacional & Medicinas Alternativas IPS para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación, vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del programa de salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido contemplados antes de colocar mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

NOMBRE DEL MEDICO: Dr. César Andrés Vega Díaz
Especialista en Medicina Laboral
RM 76-3612
LSO 2123 16/noviembre/2016

FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL TRABAJADOR

C.C.