CMEDICAB

NIT. 901.739.179-0



| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **EXAMEN DE:** | **INGRESO OCUPACIONAL** | **FECHA:** | 20/06/2024 | **EMPRESA:** | Particular |
| **NOMBRE:** | **Divina Paola Lejarde Castro** | **CEDULA:** | 1.043.013.892 | **CARGO:** | Auxiliar Administrativo |

## CERTIFICADO LABORAL

| | SI | | SI | | SI |
|---|---|---|---|---|---|
| APTO | X | APTO CON RESTRICCIONES | | NO APTO | |
| APTO PARA TRABAJAR COMO BRIGADISTA | | NO APTO PARA TRABAJAR COMO BRIGADISTA | | APLAZADO | |
| APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS | | NO APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS | | APLAZADO PARA TRABAJAR EN ALTURAS | |
| APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS | | NO APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS | | PENDIENTE PARACLINICOS | |
| APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS | | NO APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS | | OTRO | |
| APTO PARA TRABAJAR EN TEMPERATURAS ALTAS | | NO APTO PARA TRABAJAR EN TEMPERATURAS ALTAS | | ESPECIFIQUE | |

## CONCEPTO APTITUD (no aplica para examen de retiro)

### RECOMENDACIONES

| | |
|---|---|
| 1. | CONTROL MEDICO OCUPACIONAL ANUAL, REALIZAR RESPECTIVAS PAUSAS ACTIVAS SEGÚN POLITICAS DE LA EMPRESA Y REGLAMENTO INTERNO, HIGIENE POSTURAL Y VISUAL, INGRESAR AL PROGRAMA DE RIESGO VISUAL, ASI COMO HACER USO ADECUADO DE LOS OTROS RESPECTIVOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL. ASIGNADOS POR EMPRESA, SEGÚN EL RIESGO O EXPOSICION, REALIZAR EXAMENES OCUPACIONAL CON VISIOMETRIA CADA AÑO, HACER CONTROL OPTOMETRIA ANUAL, CON USO DE LENTES FORMULADO SEGÚN INDICACIONES. |
| 2. | EJERCICIO RUTINARIO-ALIMENTACION SALUDABLE / REALIZAR ACTIVIDADES DE ESPARCIMIENTO EN AMBITO FAMILIAR Y SOCIAL |
| 3. | |

Yo, **Divina Paola Lejarde Castro**, Identificado(a), con **C.C N° 1.043.013.892**, de manera voluntaria y libre autoricé al profesional abajo mencionado a realizar el examen médico y/o exámenes complementarios, yo dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento, para realizar examen médico y/o exámenes complementarios. Certifico que la información suministrada es veraz y lo más completa posible, acepto el manejo confidencial que le de **CMEDICAB IPS,** autorizo para que se suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el buen cumplimiento del Sistema en Gestión en Salud y Seguridad en el Trabajo.

ESTA CERTIFICACION SE EXPIDE EN BASE CON LA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL DEL PACIENTE, LA HISTORIA CLINICA ES UN

| | |
|---|---|
| Médico Especialista. | Aspirante o trabajador(a). |
| **Jennifer Cabrera Guzmán** **RM:** 115683 **L.S.O:** 7341 | **Divina Paola Lejarde Castro** C.C. N°: 1.043.013.892 |

DOCUMENTO PRIVADO Y SOMETIDO A RESERVA DEL PRESTADOR DE SERVICIO DE SALUD, SEGÚN RESOLUCION 2346 DE 2007, DEL MINISTERIO DE SALUD, DECRETO 2174DE 1996 Y RESOLUCION Y RESOLUCION 1918 DE 2009.