

 JADIS MORALES JIMENEZ MEDICO LABORAL	CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL	Codigo: AM01
		Version: 003
	GESTION ASISTENCIAL	Emision: Agosto 2017
		Pagina: 1 de 1

Certificado de Aptitud laboral de : INGRESO
Fecha de Atencion: 12 MARZO DEL 2024
Nombre del trabajador: YAZMIN ROCIO GAVIRIA RUANO
Cedula de Ciudadania: 1058972592 DE BOLIVAR RH: A+
Edad: 30 AÑOS FN: 06-11-1993 EPS: SALUD TOTAL
Empresa: INSTITUTO MUNICIPAL DE CULTURA Y TURISMO
Cargo: CONTRATISTA

Diagnosticos: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR CON ENFASIS EN VISIOMETRIA	Conducta / Manejo: APTO SIN RECOMENDACIONES
--	---

Examenes complementarios

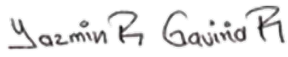
Audiometria	<input type="text" value="NO"/>	SAL <input type="text"/>	ELI O.D. <input type="text"/>	ELI O.I. <input type="text"/>	LARSEN O.D. <input type="text"/>	LARSEN O.I. <input type="text"/>	
Visiometria	<input type="text" value="SI"/>	Agudeza visual Lejana	O.D. <input type="text" value="20/40"/>	O.I. <input type="text" value="20/30"/>	Agudeza visual cercana	O.D. <input type="text" value="20/35"/>	O.I. <input type="text" value="20/40"/>
		Stereopsis	<input type="text"/>	Forias	<input type="text"/>	Cromaticidad	<input type="text"/>
Optometria	<input type="text" value="NO"/>						
Espirometria	<input type="text" value="NO"/>						
Otros:	<input type="text" value="0"/>						
	<input type="text" value="0"/>						
	<input type="text" value="0"/>						

Restricciones y/o recomendaciones

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A LAS NORMAS DE LA EMPRESA, AUTO-CUIDADO.

DIETA Y EJERCICIOS.

La presente certificacion se expide con base en la Historia Clinica Ocupacional del trabajador la cual tiene caracter confidencial y su manejo regulado (Resolucion 2346 del 2007).

 Dr. Jadis Morales Jimenez Medico Laboral - U. Libre Lic. 05395082016	
Firma Medico Ocupacional y Registro Medico	Firma y cédula del trabajador

Declaración del trabajador: Certifico que la informacion que he suministrado es verdad, puede ser confirmada por la empresa aceptando que cualquier inexactitud puede motivar la invalidez de mi contrato; igualmente me encuentro conforme con la informacion de mi examen medico y resultados paraclínicos. Autorizo para que entregue los resultados en el Departamento de Salud Ocupacional de la empresa, quienes se encargaran de enviarla a la respectiva E.P.S. a la cual sere afiliado.