

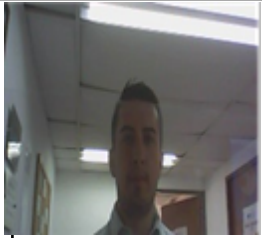


CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

HIGEA SALUD OCUPACIONAL Y RIESGOS SAS

NIT 900804955-4

Calle 55 # 46-14 Oficina 1109 Edificio Perú Oriental - TEL: 3227042 - 3146682467



Fecha Examen : 17/12/2024 HORA : 11:59

Tipo de Examen : INGRESO

Empresa : PARTICULAR

IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR							
NOMBRE DEL TRABAJADOR		ALEJANDRO MUNERA CARVAJAL		DOCUMENTO	CC - 1152703318		
				PROFESION	PROFESIONAL		
LUGAR DE NACIMIENTO		RESTREPO VALLE		DIRECCION	NIQUIA		
F.NACIMIENTO		15/04/1996	SEXO	MASCULINO	TELEFONO	3207292642	
EDAD		28 Años - 8 Meses - 2 Dias		RH: A+	MUNICIPIO	BELLO (ANTIOQUIA)	
ESTADO CIVIL		SOLTERO(A)		E.P.S.	SURA		
ESCOLARIDAD		Superior		N. HIJOS :	0	A.F.P.	PORVENIR
CARGO A DESEMPEÑAR		PROFESIONAL		A.R.L.	NO DEFINIDA		
Fecha de Ingreso	17/12/2024	Antigüedad	0 Años 0 Meses		Misión en		

RESULTADO DE EXAMENES	
Audiometría	No realizado
Glicemia	No realizado
Hemoleucograma y Sedimentación	No realizado
Columna y Osteomuscular	NORMAL
Espirometría	No realizado
Valoración Psicológica	Normal durante la evaluación médica
Examen Visual Ocupacional	TAMIZAJE VISUAL NORMAL

Apto para el cargo sin patología aparente

X

Apto para el cargo con patología que no limita la labor

Apto para el cargo a desempeñar con restricciones

Motivo:

Aplazado

Motivo:

No Apto para el cargo

Motivo:

Próxima valoración ocupacional

EX. VIS.	Cerca S.L	Lejos S.L	Cerca C.L	Lejos C.L	Usa Corrección
OD	0.5 M	20/20	0.5 M	20/20	NO
OI	0.5 M	20/20	0.5 M	20/20	Visión Cromática
AO	0.5 M	20/20	0.5 M	20/20	Normal

RECOMENDACIONES - OBSERVACIONES Y RESTRICCIONES

SIN RESTRICCIONES

Refiere Vacunación COVID N1 DOSIS JANSSEN

RECOMENDACIONES

Completar el esquema de vacunación acorde a los factores de riesgo presentes en la empresa. adjuntar copia del carné de vacunación.
Hábitos saludables: dieta adecuada y ejercicio físico 150 minutos a la semana de una duración no menor a 30 minutos por sesión
Reportar las condiciones de trabajo que pueden ser generadoras de accidentes laborales
Utilizar adecuadamente los elementos de protección personal
Cumplir a cabalidad con las normas del reglamento de higiene y seguridad industrial en la empresa
Reportar todo incidente y/o accidente de trabajo que ocurra
Mantener una adecuada hidratación.
Realizar pausas activas

S.V.E.

Visual	
Auditivo	
Ergonómico	x
Psicosocial	
Cardiovasc.	
R. Biológico	
Respiratorio	
Químico	

Remisión EPS : NO

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Previamente a este examen he sido informado por la empresa y el médico examinador de las exigencias de Ley para su realización, por consiguiente certifico que he autorizado para que se me efectúe, incluyendo los exámenes de laboratorio y ayudas paraclínicas establecidas para el cargo dentro del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo, igualmente autorizo para que su contenido sirva para los diferentes sistemas de vigilancia epidemiológica que estén establecidos; acorde a la normatividad vigente.
El examinado autoriza para que a través del médico de la empresa, ésta conozca el certificado médico de ingreso ocupacional e igualmente la exposición anterior a riesgos ocupacionales.

EXAMINADO: Bajo la gravedad de juramento afirmo que he contestado todas las preguntas realizadas sin omitir información sobre mi historia de salud. Así mismo he recibido las recomendaciones y / o restricciones sobre mi puesto de trabajo para que pueda cumplir la labor que se me ha asignado, acatando así lo dispuesto por la resolución 2346 de 2007