EMILIA SOFIA MENDOZA CATAÑO
MEDICO ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL
UNIVERSIDAD LIBRE SECCIONAL ATLANTICO
Renovación Licencia Resolución No. 1211 del 17 de junio del 2025

CONCEPTO DE APTITUD ENFASIS OSTEOMUSCULAR

NOMBRE: ERICK JUNIOR PARRA TORRES	**IDENTIDAD CC** 1006573255
FECHA DE NACIMIENTO: 19-06-2000	**EDAD:** 26 años **SEXO** M
DIRECCION: Carrera 11 BIS No 34-40 Riohacha La Guajira	**Teléfono:** 3104473036
CARGO: Contratista	**EMPRESA:** INDEPENDIENTE
Fecha de atención: 29-10-2026	

VALORACIONES REALIZADAS

1.Evaluacion médico ocupacional Pre- Ingreso	X	5.Laboratorios: Normales	X
2.Audiometría	X	6.Visiometía	X
3. Espirometría		7.Examen Optométrico	
4.Prueba Psicotécnica: Aptitud física-mental y coordinación motriz		8. Otro: Aporte de Historias Clínicas	

CONCEPTO VALORACION MEDICA

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO	**SIN PATOLOGIA APARENTE**	X
	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR	
APTO CON RESTRICCION	Motivo:	
APLAZADO	Motivo:	
NO APTO:	Motivo:	
PUEDE CONTINUAR REALIZANDO SU LABOR		
RETIRO	SATISFACTORIO	
	NO SATISFACTORIO Motivo:	

DIAGNOSTICOS:
Z100 EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL
EXAMEN OSTEOMUSCULAR
E669 OBESIDAD GI
APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO
EMETROPE
AUDICION BILATERAL EN PARAMETROS NORMALES

Análisis y Plan de manejo:
Remisión: No

RECOMENDACIONES
Medicas

- Practicar y conservar autocuidados y estilos de vida saludable
- Evitar el consumo de alimentos con altos contenidos de azúcar harinas o grasa

Legales

- Conocer y cumplir con el sistema de gestión seguridad y salud en el trabajo en la empresa
- Reportar todo accidente o incidente que ocurra en el trabajo.
- Reportar las condiciones de trabajo que puedan ser generadoras de accidentes laborales.

Scanned with CamScanner

Ergonómicas

- Pausas activas periódicas en su puesto de trabajo según el programa de vigilancia epidemiológica establecido por la empresa
- Adecuada higiene postural.
- Uso adecuado de EPP

Acepto que los datos suministrados por mí en la elaboración de la historia clínica de la cual se deriva el presente certificado son absolutamente verídicos y que cualquier falsedad sobre esta información conllevará a las sanciones pertinentes. Manifiesto que no he omitido ni ocultado datos relevantes de mis antecedentes que pudieren enmascarar mi actual estado de salud. Certifico con mi firma que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que la empresa contratante solicitó y que autoricé a los profesionales para que me los realizaran, pues sé que estos son necesarios para preservar mi salud e integridad física en el cargo para el que aspiro. Declaro que he sido informado que puedo autorizar o no, dar a conocer la información de los exámenes que me han sido practicados con el área de seguridad y salud en el trabajo, con la finalidad de gestionar de forma adecuad mi exposición a los factores de riesgo laborales con ocasión de mi ejercicio laboral.

FIRMA DEL PROFESIONAL MEDICO	FIRMA DEL TRABAJADOR.
EMILIA SOFIA MENDOZA CATAÑO **Especialista en Salud Ocupacional** Renovación Licencia Resolución 1211 del 17-06-2025 **Gerencia de la Calidad y Auditoria Médica** **Maestría en Proyectos de Desarrollo Social** **Doctorado en Ciencias Mención Gerencia**	Erick Parra Certifico que no he omitido información acerca de mi estado de salud, todo es verdad y puede ser confirmado

Calle 14 D No.18 A-14 - 3004968113
email: emilias_mendoza@hotmail.com

Scanned with CamScanner