FORMATO CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

Yo, **Luis Felipe Gutiérrez Pulido**, identificado como aparece al pié de mi firma, Médico y Cirujano, Especialista en Salud Ocupacional, Gerencia y Control de Riesgo y Licencia Nacional en Salud Ocupacional No. 524-22

CERTIFICO QUE:

EMPRESA: ALCALDIA DE PEREIRA FECHA: 15 ENERO 2024

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☒ POSOCUPACIONAL O EGRESO ☐

PERIODICO PROGRAMADO ☐ CUAL: _____

(Manipulador de alimento, reubicación, reintegro, pos incapacidad, cambio de ocupación, según factores de riesgo, otro)

NOMBRE Y APELLIDOS: YEISON ANDRES CATAÑO MUÑOZ **C.C.** 1088018789

CARGO: INGENIERO **DEPENDENCIA:** _____ **EXTENSIÓN:** _____

EXÁMENES PRACTICADOS (N: Normal A: Anormal)

Examen	N	A	LABORATORIOS	N	A
Evaluación Médico Ocupacional	X		APTO PARA EL CARGO, SIN RESTRICCIÓN		
Optometría/ visiometría					
Audiometría					
Espirometría					
Otros					

RESULTADO DE VALORACIÓN MÉDICA EXAMEN DE INGRESO

APTO PARA EL CARGO: SIN PATOLOGIA APARENTE ☒ **CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR** ☐

APTO CON RESTRICCIÓN ☐ MOTIVO: _____

APLAZADO ☐ MOTIVO: _____

NO APTO ☐ MOTIVO: _____

RECOMENDACIÓN ESPECÍFICA: _____

EXAMEN PERIÓDICO

PERIODICO: PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR: ☐ RECOMENDACIÓN ESPECÍFICA: _____

SE SUGIERE REUBICACIÓN LABORAL: TEMPORAL ☐ PERMANENTE ☐ REASIGNAR TAREAS ☐

OTROS

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS ☐ **NO APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS** ☐ **PUEDE MANIPULAR ALIMENTOS** ☐

EXAMEN DE EGRESO

SATISFACTORIO ☐ NO SATISFACTORIO ☐ MOTIVO: _____

SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL: SI ☐ NO ☐

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

MÉDICAS	OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
REMISIÓN A EPS: NO	USO DE EPP: ✓	INICIO DE ACTIVIDAD FISICA ☐
CONTINUAR MANEJO MÉDICO: ☐	**INGRESO A SVE:**	DEJAR DE FUMAR ☐
REMISIÓN A ARL: ☐	ERGONOMICO: ✓	REDUCIR CONSUMO DE ALCOHOL ☐
SEGUMIENTO CASO POR ARL ☐	RUIDO: _____	CONTROL DE PESO ☐
CITOLOGÍA VAGINAL ☐	BIOLOGICO: _____	OTRO ☐ CUAL _____
	VISUAL: _____	
	RADIACIONES IONIZANTES: _____	
	PSICOLABORAL: _____	
	CARDIOVASCULAR: _____	

La información de esta Historia Clínica Ocupacional, fue suministrada por el trabajador abajo firmante. Dicha historia tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 2346/07 y la Resolución 1995/99, modificadas parcialmente por las Resoluciones 1715/05 y 1918/09 del Ministerio de la Protección Social. Con base en ella se expide el concepto médico ocupacional con Autorización del Trabajador quien Autoriza con firma -+12QAAZZZ<<<ZA NGF

NOMBRE DEL MÉDICO- FIRMA- REGISTRO Y LICENCIA S.O.

DR. LUIS FELIPE GUTIERRREZ PULIDO
C.C 79.424.434 R.M 106-00 LPSSO 0243-12

FIRMA DEL TRABAJADOR Y C.C.

Yeison Cataño

Dr. Luis Felipe Gutierrez P.
Medico y Cirujano U.T.P
Especialista Salud Ocupacional
LPSST 524-22

OBSERVACIONES: _____

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO ESPECIALISTA

Powered by CamScanner