# BIEN ESTAR SALUD BS S.A.S.

*Para hacer del trabajo un acto digno*

NIT 900.304.530-2
Calle 15 No. 4-31 Tel. 335 3055 Pereira Risaralda
E-mail: bienestarsaludsas@gmail.com
VIGILADO Supersalud

## CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL



**INFORMACIÓN DEL PACIENTE:** Fecha: martes, 10 de noviembre de 2020

Nombre: William Hernando Florez Arias Identificación: C.C. 10.108.915 de PEREIRA
Fecha de Nacimiento: 12 de noviembre de 1962 Sexo: M Edad: 57 Estado Civil: Separado (a)
Dirección: Mz 04 Cs 55 Barrio: Santa Fe-Cub Ciudad: PEREIRA
Teléfono: 3113457903 Proceso a Ejecutar: TECNICO DE FUMIGACION

**EXÁMENES PRACTICADOS**

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL: SI [X] NO [ ]

**IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA**

Exámen Ocupacional: Periódico Nombre: LEONARDO ZAPATA RIOS Y/O FUMICONTROL NIT: 10.020.641-3
Dirección: Cll 9A No 16A -06 Zona Industrial la Popa Teléfono: Area: FUMICONTROL GESTION EN SANEAMIENT

**RESULTADO DE LA VALORACIÓN MÉDICA - EXAMEN PERIÓDICO**

Puede continuar su labor: SI: X NO: Recomendación Específica:
Se sugiere Reubicación Laboral: SI: NO: X Motivo:

**Diagnósticos / Observaciones:**

Exàmen clínico realizado con énfasis ergonómico. Control periódico anual de salud ocupacional. Higiene postural. Pausas activas. Capacitar en factores de riesgo a los que estará expuesto en su labor. Uso de corrección óptica habitual. Niega sintomatología respiratoria, no reporta nexo epidemiológico ni síntomas relacionados con covid-19. Se le indica a la empresa aplicar todas las medidas contenidas en la resolución 666/2020 y circular 30/2020. Se le indica al trabajador seguir los lineamientos expedidos por el ministerio de salud y gobierno nacional ante la pandemia covid-19, distanciamiento social preventivo, lavado frecuente de manos, uso de tapabocas.

**RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL**

MÉDICAS

Remisión E.P.S.: No Remisión A.R.L.: No

**Riesgos Ocupacionales:**

**Químicos:** Líquidos **Seguridad:** Locativos

**RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LA EVALUACIÓN**

CHARLAS EDUCATIVAS

HIGIENE POSTURAL [X] INDUCCIÓN [ ] ALTURAS [ ] EPP [X] OTRAS Prevención covid-19

USO DE EPP

GUANTES [X] MONOGAFAS [X] CASCO [ ] TAPA OIDOS [X] TAPA BOCAS [X] OTRAS botas

CONTROLES MÉDICOS PERIÓDICOS: [X] PAUSAS ACTIVAS: [X]

CUMPLIR REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL: [X]

USO DE FORMULA OPTICA: [X]

SVE: Auditivo [ ] Visual [ ] Ergonómico [X] Cardiovascular [ ] Psicolaboral [ ]

* El trabajador examinado ha sido informado de cualquier hallazgo médico y recomendaciones médicas. La resolución 1918 de junio de 2009 del ministerio de protección social, también establece que la empresa solo puede conocer el certificado médico de ingreso del aspirante. Los documentos completos de la historia clínica ocupacional están bajo custodia y guarda, acorde con lo establecido en la resolución y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera.

** Declaro que toda la información para los registros en la historia clínica es fidedigna y que no he omitido ningún detalle sobre mi estado de salud, ha objeto de que puedan ser confirmada. He sido informado(a) a cerca de la naturaleza y los fines de los exámenes ocupacionales y paraclínicos que la empresa contratante solicita. Autorizo que sean estos realizados por los médicos y profesionales de la empresa.

Margarita María López G.
Médico Especialista
Salud Ocupacional
LPSSO No 1271 10 U.Libre

Dr(a). MARGARITA MARIA LOPEZ GARCIA
Licencia en Salud Ocupacional:

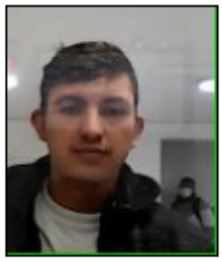
FIRMA TRABAJADOR EXAMINADO
Identificación: C.C. 10.108.915 de PEREIRA

# BIEN ESTAR SALUD BS S.A.S.

*Para hacer del trabajo un acto digno*

NIT 900.304.530-2
Calle 15 No. 4-31 Tel. 335 3055 Pereira Risaralda
E-mail: bienestarsaludsas@gmail.com
VIGILADO Supersalud

## CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL



**INFORMACIÓN DEL PACIENTE:** Fecha: viernes, 15 de enero de 2021

Nombre: Luis Carlos Salazar Cardona Identificación: C.C. 1.088.336.676 de PEREIRA
Fecha de Nacimiento: 31 de marzo de 1996 Sexo: M Edad: 24 Estado Civil: Soltero (a)
Dirección: Mz 9 Casa 16 Barrio: Samaria 1 Ciudad: PEREIRA
Teléfono: 3225430452 Proceso a Ejecutar: TECNICO DE FUMIGACION

**EXÁMENES PRACTICADOS**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| VISIOMETRIA: | SI [X] | NO [ ] | | GLICEMIA: | SI [X] | NO [ ] | |
| HEMOGLOBINA: | SI [X] | NO [ ] | | TRIGLICERIDOS: | SI [X] | NO [ ] | |
| EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL: | SI [X] | NO [ ] | | HEMATOCRITO: | SI [X] | NO [ ] | |
| AUDIOMETRIA: | SI [X] | NO [ ] | | PAQUETE DE TRABAJO EN ALTURAS: | SI [X] | NO [ ] | |

**IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA**

Exámen Ocupacional: Alturas Peri Nombre: LEONARDO ZAPATA RIOS Y/O FUMICONTROL NIT: 10.020.641-3
Dirección: Cll 9A No 16A -06 Zona Industrial la Popa Teléfono: Area: LEONARDO ZAPATA RIOS

**RESULTADO DE LA VALORACIÓN MÉDICA - EXAMEN PERIÓDICO**

Puede continuar su labor: SI: X NO: Recomendación Específica:
Se sugiere Reubicación Laboral: SI: NO: X Motivo:
Apto para Trabajo en Alturas: X Con restricciones para trabajo en alturas: Aplazado para trabajo en alturas:

**Diagnósticos / Observaciones:**

Se hizo énfasis en sistema osteomuscular, en el examen clínico no se evidenció alteraciones que impidan su desempeño laboral. Se sugiere control médico ocupacional anual. Estilos de vida saludable. Seguir los protocolos de bioseguridad res 0666 del 2020 emitidas por el ministerio de salud. Se recomienda: lavado de manos, uso de tapabocas y demás epp, suministrados por la empresa asegurar distancia mayor a 2 mts entre cada trabajador en su trabajo, durante el tiempo que dure la pandemia.

**RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL**

MÉDICAS

Remisión E.P.S.: NO Remisión A.R.L.: NO

**Riesgos Ocupacionales:**

**Físicos:** Iluminación **Químicos:** Líquidos Gases

**RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LA EVALUACIÓN**

CHARLAS EDUCATIVAS

HIGIENE POSTURAL [X] INDUCCIÓN [ ] ALTURAS [X] EPP [X] OTRAS

USO DE EPP

GUANTES [ ] MONOGAFAS [ ] CASCO [ ] TAPA OIDOS [ ] TAPA BOCAS [ ] OTRAS

CONTROLES MÉDICOS PERIÓDICOS: [X] PAUSAS ACTIVAS: [X]

CUMPLIR REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL: [X]

SVE: Auditivo [X] Visual [X] Ergonómico [ ] Cardiovascular [ ] Psicolaboral [ ]

* El trabajador examinado ha sido informado de cualquier hallazgo médico y recomendaciones médicas. La resolución 1918 de junio de 2009 del ministerio de protección social, también establece que la empresa solo puede conocer el certificado médico de ingreso del aspirante. Los documentos completos de la historia clínica ocupacional están bajo custodia y guarda, acorde con lo establecido en la resolución y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera.

** Declaro que toda la información para los registros en la historia clínica es fidedigna y que no he omitido ningún detalle sobre mi estado de salud, ha objeto de que puedan ser confirmada. He sido informado(a) a cerca de la naturaleza y los fines de los exámenes ocupacionales y paraclínicos que la empresa contratante solicita. Autorizo que sean estos realizados por los médicos y profesionales de la empresa.

Luis Carlos Salazar C.

Dra. C. Katherine Cristancho M.
Médico Especialista en Salud Ocupacional
Reg. Médico 76428 - 03
LPSSO 016426 del 2011

Dr(a). GLADYS KATHERINE CRISTANCHO MENDOZA
Licencia en Salud Ocupacional:

FIRMA TRABAJADOR EXAMINADO
Identificación: C.C. 1.088.336.676 de PEREIRA

# BIEN ESTAR SALUD BS S.A.S.

*Para hacer del trabajo un acto digno*

NIT 900.304.530-2
Calle 15 No. 4-31 Tel. 335 3055 Pereira Risaralda
E-mail: bienestarsaludsas@gmail.com

## CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL



**INFORMACIÓN DEL PACIENTE:** Fecha: martes, 07 de julio de 2020

Nombre: Jesus Maria Leiva Valencia Identificación: C.C. 10.117.810 de PEREIRA
Fecha de Nacimiento: 26 de septiembre de 1964 Sexo: M Edad: 55 Estado Civil: Casado (a)
Dirección: Calle 26 # 2 - 62 Barrio: San Jorge Ciudad: PEREIRA
Teléfono: 3217783966 Proceso a Ejecutar: TECNICO DE FUMIGACION

**EXÁMENES PRACTICADOS**

AUDIOMETRIA: SI [X] NO [ ] EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL: SI [X] NO [ ]
COLINESTERASA SÉRICA: SI [X] NO [ ]

**IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA**

Exámen Ocupacional: Periódico Nombre: LEONARDO ZAPATA RIOS Y/O FUMICONTROL NIT: 10.020.641-3
Dirección: Cll 9A No 16A -06 Zona Industrial la Popa Teléfono: Area: FUMICONTROL GESTION EN SANEAMIENT

**RESULTADO DE LA VALORACIÓN MÉDICA**

**EXAMEN PERIÓDICO**

Puede continuar su labor: SI: X NO: Recomendación Específica:
Se sugiere Reubicación Laboral: SI: NO: X Motivo:
Observaciones:

Evaluación médica ocupacional satisfactoria. Se hizo énfasis en sistema osteo muscular.
En el examen clínico no se evidenció alteraciones que impidan su desempeño laboral.
Se sugiere control médico ocupacional anual.
Usar adecuadamente protección auditiva en áreas de ruido igual o amyor a 80 db.
Se Le Informa Y Se Le Recomienda Cumplir Con Todas Las Medidas De Prevención Contra Contagio De Covid-19, Según Directriz De Minsalud Como: Distanciamiento Social, Lavado Frecuente De Manos, Uso De Tapabocas, Evitar Asistir A Sitios Concurridos Y Cuando Este Laborando Seguir La Indicaciones Entregadas Por El Área De Seguridad Y Salud En El Trabajo, Utilizar Los Epp Indicados Y Lo Cuidados Pertinentes En El Área De Trabajo. También Se Entregan Signos De Alarma , En Caso De Tener Exposición O Presentar Síntomas Relacionados Con Covid-19, Comunicarse O Consultar A Su Eps / Secretaria Seccional De Salud, En Las Líneas Habilitadas Y Entregadas Por El Gobierno Nacional.

**RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL**

MÉDICAS

Remisión E.P.S.: NO Remisión A.R.L.: NO

Riesgos Ocupacionales:

Químicos: Vapores X
Químicos: Líquidos X
Seguridad: Mecánicos X
Seguridad: Mecánicos X

**RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LA EVALUACIÓN**

CHARLAS EDUCATIVAS

HIGIENE POSTURAL [X] INDUCCIÓN [ ] ALTURAS [ ] EPP [X] OTRAS

USO DE EPP

GUANTES [X] MONOGAFAS [X] CASCO [ ] TAPA OIDOS [ ] TAPA BOCAS [X] OTRAS Botas

CONTROLES MÉDICOS PERIÓDICOS: [X] PAUSAS ACTIVAS: [X]

CUMPLIR REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL: [X]

SOCIALIZACION DE LOS FACTORES DE RIESGO A LOS QUE ESTA EXPUESTO [X]

USO DE FORMULARIOS [ ]

SVE: Auditivo [ ] Visual [ ] Ergonómico [ ] Cardiovascular [ ] Psicolaboral [ ]

* El trabajador examinado ha sido informado de cualquier hallazgo médico y recomendaciones médicas. La resolución 1918 de junio de 2009 del ministerio de protección social, también establece que la empresa solo puede conocer el semáforo medico de ingreso del aspirante. Los documentos completos de la historia clínica ocupacional están bajo custodia y guarda, acorde con lo establecido en la resolución y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera.

* Declaro que toda la información para los registros en la historia clínica es fidedigna y que no he omitido ningún detalle sobre mi estado de salud, ha objeto de que puedan ser confirmada. He sido informado(a) acerca de la naturaleza y los fines de los exámenes ocupacionales y paraclínicos que la empresa contratante solicita. Autorizo que sean estos realizados por los médicos y profesionales de la empresa.

Dr(a). ANGELA MARIA REBELLON FORERO
Licencia en Salud Ocupacional:

Angela M. Rebellón
Médica Especialista en Salud Ocupacional
Reg. Med. 766759 - 13062 - Risaralda

FIRMA TRABAJADOR EXAMINADO
Identificación: C.C. 10.117.810 de PEREIRA

# BIEN ESTAR SALUD BS S.A.S.

*Para hacer del trabajo un acto digno*

NIT 900.304.530-2
Calle 15 No. 4-31 Tel. 335 3055 Pereira Risaralda
E-mail: bienestarsaludsas@gmail.com

## CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL



**INFORMACIÓN DEL PACIENTE:** Fecha: lunes, 27 de julio de 2020

Nombre: Faber Yonaimer Grajales Identificación: C.C. 18.523.713 de DOSQUEBRAD
Fecha de Nacimiento: 03 de febrero de 1985 Sexo: M Edad: 35 Estado Civil: Unión libre
Dirección: Mz 10 Casa 4 Barrio: Villa Laura Ciudad: DOSQUEBRADAS
Teléfono: 3217784009 Proceso a Ejecutar: TECNICO DE FUMIGACION

**EXÁMENES PRACTICADOS**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL: | SI | X | NO | | HEMATOCRITO: | SI | X | NO | |
| AUDIOMETRIA: | SI | X | NO | | PAQUETE DE TRABAJO EN ALTURAS: | SI | X | NO | |
| TRIGLICERIDOS: | SI | X | NO | | GLICEMIA: | SI | X | NO | |
| HEMOGLOBINA: | SI | X | NO | | VISIOMETRIA: | SI | X | NO | |

**IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA**

Exámen Ocupacional: Alturas Ingre Nombre: FUMICONTROL GESTION EN SANEAMIENTO SAS NIT: 900.659.792-9
Dirección: Callw 9A #16 a 06 Zona Industrial la Popa Teléfono: Area: FUMICONTROL GESTION EN SANEAMIENT

**RESULTADO DE LA VALORACIÓN MÉDICA**

**EXAMEN DE ALTURAS**

Apto para Ingreso: SI X NO

Apto para Trabajo en Alturas: X Con restricciones para trabajo en alturas: Aplazado para trabajo en alturas:

Observaciones:

En el momento niega síntomas respiratorios, no hay nexo epidemiológico, niega contacto estrecho con personas con covid-19, al examen físico no hay signos que puedan estar relacionados con enfermedad respiratoria.
Incluir en el programa de seguimiento de covid-19 en la empresa
seguir los lineamientos de la res 0666 del 2020 emitidas por el ministerio de salud, deben cumplirse esos protocolos de bioseguridad
Se recomienda: lavado de manos, uso de tapabocas y demás EPP, suministrados por la empresa
Asegurar distancia mayor a 2 mts entre cada trabajador en su trabajo, durante el tiempo que dure la pandemia
capacitacion sobre trabajo seguro en alturas

**RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL**

MÉDICAS

Remisión E.P.S.: NO Remisión A.R.L.: NO

Riesgos Ocupacionales:

Biomecánicos: Posturas prolongadas X
Físicos: Ruido X

**RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LA EVALUACIÓN**

CHARLAS EDUCATIVAS

HIGIENE POSTURAL [X] INDUCCIÓN [ ] ALTURAS [X] EPP [X] OTRAS

USO DE EPP

GUANTES [ ] MONOGAFAS [ ] CASCO [ ] TAPA OIDOS [ ] TAPA BOCAS [X] OTRAS

CONTROLES MÉDICOS PERIÓDICOS: [X] PAUSAS ACTIVAS: [X]

CUMPLIR REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL: [X]

SOCIALIZACION DE LOS FACTORES DE RIESGO A LOS QUE ESTA EXPUESTO: [ ]

USO DE FORMULA OPTICA: [ ]

SVE: Auditivo [X] Visual [X] Ergonómico [ ] Cardiovascular [ ] Psicolaboral [ ]

El trabajador examinado ha sido informado de cualquier hallazgo medico y recomendaciones medicas. La resolución 1918 de junio de 2009 del ministerio de protección social, también establece que la empresa solo puede conocer el certificado médico de ingreso del aspirante. Los documentos completos de la historia clínica ocupacional están bajo custodia y guarda, acorde con lo establecido en la resolución y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera.

** Declaro que toda la información para los registros en la historia clínica es fidedigna y que no he omitido ningún detalle sobre mi estado de salud, ha objeto de que puedan ser confirmada. He sido informado(a) a cerca de la naturaleza y los fines de los exámenes ocupacionales y paraclínicos que la empresa contratante solicita. Autorizo que sean estos realizados por los médicos y profesionales de la empresa.

Faber Grajales

Dra. C. Katherine Cristancho M.
Médico Especialista en Salud Ocupacional
Reg. Médico 76428 - 03
LPSSO 016426 del 2011

Dr(a). GLADYS KATHERINE CRISTANCHO MENDOZA
Licencia en Salud Ocupacional: Katherine Cristancho M.

FIRMA TRABAJADOR EXAMINADO
Identificación: C.C. 18.523.713 de DOSQUEBRADAS

# BIEN ESTAR SALUD BS S.A.S.

*Para hacer del trabajo un acto digno*

NIT 900.304.530-2
Calle 15 No. 4-31 Tel. 335 3055 Pereira Risaralda
E-mail: bienestarsaludsas@gmail.com
VIGILADO Supersalud

## CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL




**INFORMACIÓN DEL PACIENTE:** Fecha: sábado, 07 de noviembre de 2020

Nombre: Daniel Felipe Machado Castaño Identificación: C.C. 1.088.032.750 de DOSQUEBR
Fecha de Nacimiento: 16 de noviembre de 1997 Sexo: M Edad: 22 Estado Civil: Soltero (a)
Dirección: Mz C Casa 14 Barrio: El Martillo Ciudad: PEREIRA
Teléfono: 3163985814 Proceso a Ejecutar: TECNICO DE FUMIGACION

**EXÁMENES PRACTICADOS**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| VISIOMETRIA: | SI | X | NO | | HEMATOCRITO: | SI | X | NO | |
| GLICEMIA: | SI | X | NO | | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL: | SI | X | NO | |
| TRIGLICERIDOS: | SI | X | NO | | HEMOGLOBINA: | SI | X | NO | |
| PAQUETE DE TRABAJO EN ALTURAS: | SI | X | NO | | AUDIOMETRIA: | SI | X | NO | |

**IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA**

Exámen Ocupacional: Alturas Ingre Nombre: LEONARDO ZAPATA RIOS Y/O FUMICONTROL NIT: 10.020.641-3
Dirección: Cll 9A No 16A -06 Zona Industrial la Popa Teléfono: Area: FUMICONTROL GESTION EN SANEAMIENT

**RESULTADO DE LA VALORACIÓN MÉDICA - EXAMEN DE ALTURAS**

Apto sin restricciones para el cargo: X Apto con recomendaciones: Apto con restricciones: Aplazado:
Apto para Trabajo en Alturas: X Con restricciones para trabajo en alturas: Aplazado para trabajo en alturas:

**Diagnósticos / Observaciones:**

Apto para el cargo, sin restricciones. Apto para trabajo en alturas. Se hace énfasis clínico en sistema osteomuscular, sistema vestibular, sistema nervioso, sin encontrar hallazgos clínicos de patología a los niveles mencionados. Los exámenes paraclínicos realizados permiten evidenciar una adecuada condición para capacitarse, re-entrenarse y/o trabajar en alturas. Control periódico anual de salud ocupacional. Normatividad aplicable: resolución 1409 / 2012, resolución 1178 /2017. Ministerio de trabajo. Niega sintomatología respiratoria. Se le indica seguir los lineamientos expedidos por el ministerio de salud y gobierno nacional ante la pandemia covid-19, distanciamiento social preventivo, lavado frecuente de manos, uso de tapabocas. Paciente requiere correcion óptica para laborar.

**RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL**

MÉDICAS

Remisión E.P.S.: NO Remisión A.R.L.: NO

**Riesgos Ocupacionales:**

**Biomecánicos:** Movimientos repetitivos Carga estática, Diseño de puesto Carga dinámica

**RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LA EVALUACIÓN**

CHARLAS EDUCATIVAS

HIGIENE POSTURAL [X] INDUCCIÓN [X] ALTURAS [X] EPP [X] OTRAS

USO DE EPP

GUANTES [X] MONOGAFAS [X] CASCO [X] TAPA OIDOS [X] TAPA BOCAS [X] OTRAS

CONTROLES MÉDICOS PERIÓDICOS: [X] PAUSAS ACTIVAS: [X]

CUMPLIR REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL: [X]

SVE: Auditivo [ ] Visual [ ] Ergonómico [X] Cardiovascular [ ] Psicolaboral [ ]

* El trabajador examinado ha sido informado de cualquier hallazgo médico y recomendaciones médicas. La resolución 1918 de junio de 2009 del ministerio de protección social, también establece que la empresa solo puede conocer el certificado médico de ingreso del aspirante. Los documentos completos de la historia clínica ocupacional están bajo custodia y guarda, acorde con lo establecido en la resolución y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera.

** Declaro que toda la información para los registros en la historia clínica es fidedigna y que no he omitido ningún detalle sobre mi estado de salud, ha objeto de que puedan ser confirmada. He sido informado(a) a cerca de la naturaleza y los fines de los exámenes ocupacionales y paraclínicos que la empresa contratante solicita. Autorizo que sean estos realizados por los médicos y profesionales de la empresa.

Daniel Felipe Machado

Dr(a). LUIS FELIPE GUTIERREZ PULIDO
Licencia en Salud Ocupacional

Dr. Luis Felipe Gutiérrez
Especialista Salud Ocupacion
RESOLUCION 0243 - 12

FIRMA TRABAJADOR EXAMINADO
Identificación: C.C. 1.088.032.750 de DOSQUEBRADAS

# BIEN ESTAR SALUD BS S.A.S.

*Para hacer del trabajo un acto digno*

NIT 900.304.530-2

Calle 15 No. 4-31 Tel. 335 3055 Pereira Risaralda

E-mail: bienestarsaludsas@gmail.com

VIGILADO Supersalud

## CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL



**INFORMACIÓN DEL PACIENTE:** Fecha: viernes, 15 de enero de 2021

Nombre: Julian Monsalve Londoño Identificación: C.C. 1.093.227.158 de SANTA ROS

Fecha de Nacimiento: 09 de octubre de 1996 Sexo: M Edad: 24 Estado Civil: Soltero (a)

Dirección: Calle 12 Bis #8-44 Barrio: Los Angeles Ciudad: PEREIRA

Teléfono: 3003523653 Proceso a Ejecutar: TECNICO

**EXÁMENES PRACTICADOS**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AUDIOMETRIA: | SI [X] | NO [ ] | | HEMATOCRITO: | SI [X] | NO [ ] | |
| VISIOMETRIA: | SI [X] | NO [ ] | | TRIGLICERIDOS: | SI [X] | NO [ ] | |
| GLICEMIA: | SI [X] | NO [ ] | | HEMOGLOBINA: | SI [X] | NO [ ] | |
| EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL: | SI [X] | NO [ ] | | PAQUETE DE TRABAJO EN ALTURAS: | SI [X] | NO [ ] | |

**IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA**

Exámen Ocupacional: Alturas Peri Nombre: FUMICONTROL GESTION EN SANEAMIENTO SAS NIT: 900.659.792-9

Dirección: Callw 9A #16 a 06 Zona Industrial la Popa Teléfono: Area: FUMICONTROL GESTION EN SANEAMIENTO

**RESULTADO DE LA VALORACIÓN MÉDICA - EXAMEN PERIÓDICO**

Puede continuar su labor: SI: X NO: Recomendación Específica:

Se sugiere Reubicación Laboral: SI: NO: X Motivo:

Apto para Trabajo en Alturas: X Con restricciones para trabajo en alturas: Aplazado para trabajo en alturas:

**Diagnósticos / Observaciones:**

Se hizo énfasis en sistema osteomuscular, en el examen clínico no se evidenció alteraciones que impidan su desempeño laboral. Se sugiere control médico ocupacional anual. Estilos de vida saludable. Seguir los protocolos de bioseguridad res 0666 del 2020 emitidas por el ministerio de salud. Se recomienda: lavado de manos, uso de tapabocas y demás epp, suministrados por la empresa asegurar distancia mayor a 2 mts entre cada trabajador en su trabajo, durante el tiempo que dure la pandemia.

**RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL**

MÉDICAS

Remisión E.P.S.: NO Remisión A.R.L.: NO

**Riesgos Ocupacionales:**

**Biomecánicos:** Posturas prolongadas **Físicos:** Ruido **Químicos:** Gases

**RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LA EVALUACIÓN**

CHARLAS EDUCATIVAS

HIGIENE POSTURAL [X] INDUCCIÓN [ ] ALTURAS [X] EPP [X] OTRAS

USO DE EPP

GUANTES [ ] MONOGAFAS [ ] CASCO [ ] TAPA OIDOS [ ] TAPA BOCAS [X] OTRAS

CONTROLES MÉDICOS PERIÓDICOS: [X] PAUSAS ACTIVAS: [X]

CUMPLIR REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL: [X]

SVE: Auditivo [X] Visual [X] Ergonómico [ ] Cardiovascular [ ] Psicolaboral [ ]

* El trabajador examinado ha sido informado de cualquier hallazgo médico y recomendaciones médicas. La resolución 1918 de junio de 2009 del ministerio de protección social, también establece que la empresa solo puede conocer el certificado médico de ingreso del aspirante. Los documentos completos de la historia clínica ocupacional están bajo custodia y guarda, acorde con lo establecido en la resolución y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera.

** Declaro que toda la información para los registros en la historia clínica es fidedigna y que no he omitido ningún detalle sobre mi estado de salud, ha objeto de que puedan ser confirmada. He sido informado(a) a cerca de la naturaleza y los fines de los exámenes ocupacionales y paraclínicos que la empresa contratante solicita. Autorizo que sean estos realizados por los médicos y profesionales de la empresa.

Julian Monsalve

Dra. C. Katherine Cristancho M.
Médico Especialista en Salud Ocupacional
Reg. Médico 76428 - 03
LPSSO 016426 del 2011

Dr(a). GLADYS KATHERINE CRISTANCHO MENDOZA

Licencia en Salud Ocupacional:

FIRMA TRABAJADOR EXAMINADO

Identificación: C.C. 1.093.227.158 de SANTA ROSA DE CABAL