



Código de Prestador No. 415510156901 Licencia 2401 de 2015
expedida por la Secretaría Departamental del Huila
105181

Ciudad de Expedición: PITALITO - HUILA

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

DIAGNOSTICO OCUPACIONAL

CARRERA 2 NO. 4-50 CENTRO

Tel(s). 836 3170 - 836 1491 Cel(s). 315 6408296

web : www.saludocupacionalpitalito.com correo : info@saludocupacionalpitalito.com

Fecha de Reconocimiento: 2025-02-17 15:13

DATA BASICOS

Empresa:

PARTICULARES

Nit: 99999999

Nombres y apellidos:

LUIS ALEJANDRO OSORIO DAZA

CC: 1079534032

Cargo Actual:

INDEPENDIENTE

Fecha Nacimiento:

2003-11-27

Edad: 21 Años

Género: Masculino



TIPO DE EXAMEN

INGRESO OSTEOMUSCULAR

EXAMENES AUXILIARES DIAGNOSTICOS

No tiene pruebas funcionales.

DIAGNOSTICO OCUPACIONAL (Este concepto está sujeto a profesiograma de la empresa.)

CONCEPTO DE APTITUD PARA EL CARGO: SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA EL CARGO. SIN RESTRICCIONES PARA OSTEOMUSCULAR.

Restricciones

Ninguna

OBSERVACIONES

REMISIÓN EPS: NO

REMISIÓN ARL NO

OTROS EXAMENES DIAGNOSTICOS NO

PVE Ninguna

SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL: NO

RECOMENDACIONES

PERSONALES:

SE EXPLICA DE FORMA VERBAL AL PACIENTE SU ESTADO DE SALUD DE ACUERDO A LA VALORACIÓN REALIZADA EN EL DÍA DE HOY. SE DAN RECOMENDACIONES AL PACIENTE, LAS CUALES REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR, SE INDICA HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, DIETA CON BAJA INGESTA DE SAL, AZÚCARES, EMPAQUETADOS Y ENLATADOS, DISMINUIR CONSUMO DE HARINAS Y FRITOS. EVITAR HÁBITO DE TABAQUISMO O CONSUMO DE ALCOHOL, HACER ACTIVIDAD FÍSICA ENTRE 3 A 5 VECES POR SEMANA, AL MENOS 30 A 40 MIN.

MEDICAS:

CONTINUAR CONTROLES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN POR SU EPS (SON CONTROLES DE RUTINA)

SST:

CUMPLE CON EL PERFIL DEL CARGO, SE DAN RECOMENDACIONES SOBRE USO DE EPP Y RECOMENDACIONES DE POSICIONES ERGONÓMICAS EN SU SITIO DE TRABAJO Y PARA LA MANIPULACIÓN DE CARGA - DESCARGA DE ELEMENTOS. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL, USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN EL CARGO. SE RECOMIENDA SILLA DE CONDUCTOR EN BUEN ESTADO CON REPOSA-ESPALDA O SOPORTE LUMBAR EN CASO DE SER NECESARIO, CONDUCIR CON PRECAUCIÓN, RESPETAR LAS SEÑALES DE TRANSITO.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, LUIS ALEJANDRO OSORIO DAZA, identificado con CC: 1079534032, autorizo al médico abajo mencionado a que me realice de manera voluntaria el examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, interpretación, limitaciones y riesgos del examen médico y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que el médico de a la misma. Autorizo que suministre la información necesaria a personas o entidades contempladas en la legislación para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional, así mismo dejo constancia que recibi copia del certificado ocupacional.

Evaluado por:

Trabajador:

Luis Osorio