

**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. 3353055 Pereira Risaralda
E-mail: bienestarsaludsas@gmail.com

**CERTIFICADO MÉDICO
DE APTITUD LABORAL****INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Fecha: 04/12/2023 7:13:55 a. m.



Nombre: Jose Rene Perez Franco Identificación: 18502944
Fecha Nacimiento: 05/06/1962 Sexo: Masculino Edad: 61 Estado Civil: Casado (a)
Dirección: Mz K Cs 22 Barrio: La Mariana Ciudad: DOSQUEBRADAS
Telefono: 3144381736 Proceso a Ejecutar: CONDUCTOR
Grupo Sanguíneo: O+

IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA

Nombre Empresa: TRANSPORTES MULTIMODAL SAS Nit: 900683508 Telefono: 3175007883
Dirección: Cile 48 D 67 a 30 . Área / Empresa Misión: TRANSPORTES MULTIMODAL SAS
Examen Ocupacional: Periódico

EXÁMENES PRACTICADOS

PAQUETE PSICOSENSOMÉTRICO - VISIOMETRIA - AUDIOMETRIA - EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL - VALORACION PSICOSENSOMETRICA - PERFIL LIPIDICO

RESULTADO DE LA VALORACIÓN MEDICA EXAMEN : PERIÓDICO

IMC: Sobrepeso.

Puede continuar su labor: ☒ Recomendación específica: _____
Se sugiere reubicación laboral: ☐ Motivo: _____

OBSERVACIONES

Puede continuar con su cargo sin limitaciones de horarios, tareas o actividades
se hace énfasis en sistemas osteomuscular, cardiovascular y neurológico sin evidencia de alteraciones que impidan su adecuado desempeño laboral de acuerdo al cargo.
paciente si requiere utilizar corrección óptica, para laborar de uso prolongado
se le indica adecuada higiene postural en el ámbito laboral y extra laboral, manejo adecuado de cargas para su puesto y actividades
uso adecuado de los elementos de protección personal
incentivar hábitos saludables en estilo de vida
realizar evaluación médica anual en su eps

-el paciente es apto para ingresar al plan estratégico de seguridad vial .

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

MEDICAS: Remisión a eps: _____ NO Remisión ARL: _____ NO

RIESGOS OCUPACIONALES

BIOMECÁNICOS: Posturas prolongadas, FÍSICOS: Ruido, PSICOLABORALES: Contenido de la tarea

RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LA EVALUACIÓN**CHARLAS EDUCATIVAS**Higiene postural: ☒ Inducción: ☒ Alturas: ☐ Epp: ☒ Otras Epp: _____**USO DE EPP**Guantes: ☐ Monogafas: ☐ Casco: ☐ Tapa Oídos: ☐ Tapa Bocas: ☐ Otros: _____Controles Periódicos: ☒ Pausas Activas: ☒ Reglamento de higiene y seguridad industrial: ☒Uso de Fórmula Óptica: ☐ Socialización Factores de Riesgo: ☐**SVE**Auditivo: ☐ Visual: ☐ Ergonómico: ☐ Cardiovascular: ☐ Psicolaboral: ☐

Otros SVE: _____

Dr(a). Sandra Janeth Parra Manrique

Licencia en salud ocupacional : LPSSO 673-17

FIRMA DEL PACIENTE

No Identificación: 18502944

* 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 médicos ocupacionales y paraclínicos que la empresa contratante solicita. Autorizo que sean estos realizados por los médicos y profesionales de la IPS.