

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso Periódico Retiro Post incapacidad Caso ocupacional
 Control Reubicación Ingreso al SVE Trabajo en alturas

DATOS DEL PACIENTE

Fecha 07/06/2022 09:23:00 Empresa **TRANSPORTE SEGURO Y ESPECIALIZADO S.A.S**
 Nombre **JEIMI CAROLINA OSPINA LEAL**
 Cargo **TÉCNICO DE CONTROL** Doc. Identidad **CC 1030674078**



SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN MEDICO DE PERIODICO ENFASIS OSTEOMUSCULAR, TAMIZAJE	2	3
4	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN	EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Cumple para el cargo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cumple para el cargo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cumple con restricción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cumple con restricción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cumple con recomendación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cumple con recomendación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cumple para el trabajo en alturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cumple para trabajo en alturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cumple para espacios confinados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cumple para espacios confinados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cumple para manipulación de alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cumple para manipulación de alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aplazado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aplazado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

EXAMEN DE RETIRO SI NO
 Retiro satisfactorio

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual Auditivo Respiratorio Cardiovascular Psicosocial Ergonómico Otros

REMISIÓN SI NO ARL EPS SI NO SI NO

RECOMENDACIONES PREVENTIVAS: MANTENER ADECUADA HIGIENE POSTURAL, EMPLEAR PAUSAS ACTIVAS DIARIAS DURANTE LA ACTIVIDAD LABORAL, SEGUIR NORMAS DE HIGIENE Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO SIN ALTERACION OSTEOMUSCULAR

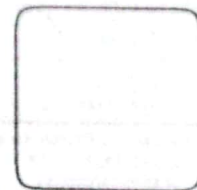
Maria Catalina Pinzon
 Dra. María Catalina Pinzón
 Exp. Salud Ocupacional
 L.S.O. 11277/2017
 RM. 731809/2011

Dra. María Catalina Pinzón Rodríguez
 L.S.O. 11277/2017
 R.M.731809/2011.

Jeimi Carolina Ospina Leal

Trabajador: JEIMI CAROLINA OSPINA LEAL
 CC 1030674078

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biométrica