

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 **04/06/2022 08:22:00** Empresa **TRANSPORTE SEGURO Y ESPECIALIZADO S.A.S**
 Nombre **NIXON ARIOLFO HERRERA VIGOYA**
 Cargo **CONTADOR** Doc. Identidad **CC 80215729**



SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN MEDICO DE PERIODICO ASIS OSTEOMUSCULAR , TAMIZAJE	2 AUDIOMETRÍA	3 VISIOMETRIA
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		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Retiro satisfactorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual Auditivo Respiratorio Cardiovascular Psicosocial Ergonómico Otros

REMISIÓN SI NO ARL SI NO EPS 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.

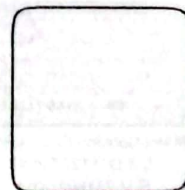
Maria Catalina Pinzon
 Dra. María Catalina Pinzón
 Esp. Salud Ocupacional
 L.S.O. 11277/2017
 R.M. 731809/2011

Nixon Ariolfo Herrera Vigoya

Dra. María Catalina Pinzon Rodriguez
 L.S.O. 11277/2017
 R.M.731809/2011.

Trabajador: NIXON ARIOLFO HERRERA VIGOYA
 CC 80215729

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biométrica