

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL



JAIME ALBERTO ALVAREZ TOBON

NIT 71596086-9

CRA 46 N° 54-14 Cons.1402 3015713030

Fecha Examen : 29/01/2024 HORA : 12:37
 Tipo de Examen : INGRESO
 Empresa : PARTICULAR

PARTICULAR



IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

NOMBRE DEL TRABAJADOR	ROBINSON LOPEZ GIRALDO			DOCUMENTO	CC - 1035127127
LUGAR DE NACIMIENTO	ANORI			PROFESION	PROFESION NO DEFINIDA
F.NACIMIENTO	22/08/1989	SEXO	MASCULINO	DIRECCION	BARRIO LOS ANGELES
EDAD	34 Años - 5 Meses - 7 Días		RH: A+	TELEFONO	31222517249
ESTADO CIVIL	UNION LIBRE			MUNICIPIO	ANORI (ANTIOQUIA)
ESCOLARIDAD	Secundaria		N. HIJOS : 1	E.P.S.	NUEVA EPS SA.
CARGO A DESEMPEÑAR	CONDUCTOR			A.F.P.	PORVENIR
Fecha de Ingreso	07/10/2023	Antiguedad	0 Años 3 Meses	A.R.L.	NO DEFINIDA

RESULTADO DE EXAMENES

Audiometría	No realizado
Glicemia	No realizado
Hemoleucograma y Sedimentación	No realizado
Columna y Osteomuscular	Normal
Espirometría	No realizado
Valoración Psicológica	Normal durante la evaluación médica
Examen Visual Ocupacional	EMETROPE

CONCEPTO MEDICO INGRESO

Apto sin patología aparente	
Apto para el cargo con patología que no limita la labor	X
Apto para el cargo a desempeñar con restricciones	
Motivo:	
Aplazado	
Motivo:	
No Apto para el cargo	
Motivo:	
Próxima valoración ocupacional	

EX. VIS.	Cerca	Lejos	Usa Corrección
OD	0.5 M	20/20	NO
OI	0.5 M	20/20	Visión Cromática
AO	0.5 M	20/20	Normal

RECOMENDACIONES - OBSERVACIONES Y RESTRICCIONES

S.V.E.

Completar el esquema de vacunación acorde a los factores de riesgo presentes en la empresa. adjuntar copia del carné de vacunación.
 Hábitos saludables: dieta adecuada y ejercicio físico 150 minutos a la semana de una duración no menor a 30 minutos por sesión
 Reportar las condiciones de trabajo que pueden ser generadoras de accidentes laborales
 Utilizar adecuadamente los elementos de protección personal
 Cumplir a cabalidad con las normas del reglamento de higiene y seguridad industrial en la empresa
 Reportar todo incidente y/o accidente de trabajo que ocurra
 Disminuir de Peso
 Emetrope

Visual	
Auditivo	
Ergonómico	x
Psicosocial	
Cardiovasc.	x
R. Biológico	
Respiratorio	
Químico	

Remisión EPS : NO

Voz

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Previamente a este examen he sido informado por la empresa y el médico examinador de las exigencias de Ley para su relación, por consiguiente certifico que he autorizado para que se me efectúe, incluyendo los exámenes de laboratorio y ayudas paraclínicas que estén establecidas para el cargo dentro del programa de salud Ocupacional de la empresa, igualmente autorizo para que su contenido sirva para los diferentes sistemas de vigilancia epidemiológica que estén establecidos (Resolución 2346/07). El examinado autoriza para que a través del médico de la empresa, ésta conozca el certificado médico de ingreso ocupacional e igualmente la exposición anterior a riesgos ocupacionales.

EXAMINADO: Bajo la gravedad de juramento afirmo que he contestado todas las preguntas realizadas sin omitir información sobre mi historia de salud. Así mismo he recibido las recomendaciones y/o restricciones sobre mi puesto de trabajo para que pueda cumplir la labor que se me ha asignado, acatando así lo dispuesto por la resolución 2346 de 2007