

# CERTIFICADO APTITUD LABORAL

EMPRESA CONTRATANTE:

CONTINEROS LIDER

EMPRESA EN MISION:

10 AGO 2013

INGRESO ☒ PERIODICO ☐ EGRESO ☐ ESPECIAL ☐

FECHA:

10 AGO 2013

NOMBRE: JENNY CENA LOPEZ CABRERA

EDAD: 38

C.C.: 66846558

CARGO: MERCADELISTA

SEXO: F ☒ M ☐

CIUDAD: CALI

## A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES

1. EXAMEN MÉDICO ☒

5. VISIOMETRÍA ☐

LABORATORIOS: ☐

2. AUDIOMETRÍA ☐

6. PRUEBA PSICOTÉCNICA ☐

3. ESPIROMETRÍA ☐

7. OTROS ☐

4. OPTOMETRÍA ☐

## CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL PARA TRABAJO EN ALTURA

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS ☐

NO APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS ☐

Temporal ☐

Definitivo ☐

### CONCEPTO EXAMENES DE INGRESO

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO SIN PATOLOGÍA APARENTE

APTO CON RESTRICCIÓN ☐

APLAZADO ☐

NO APTO PARA EL CARGO ☐

### CONCEPTO EXAMEN PERIODICO

PUEDE CONTINUAR LABORANDO ☐

SE SUGIERE TEMPORAL ☐

REUBICACIÓN LABORAL PERMANENTE ☐

### CONCEPTO EXAMEN DE EGRESO

RETIRO SIN PATOLOGÍA APARENTE ☐

RETIRO CON PATOLOGÍA SEGUIMIENTO EPS. ☐

### CONCEPTO EXAMEN ESPECIAL

REINCORPORACIÓN AL PUESTO DE TRABAJO ☐

SE SUGIERE TEMPORAL ☐

REUBICACIÓN LABORAL PERMANENTE ☐

## CERTIFICADO DE MANIPULACION ALIMENTOS

APTO ☐

NO APTO ☐

APLAZADO ☐

### CONDUCTA Y RECOMENDACIONES

#### MANEJO POR EPS / ARP

Control periódico PP por EPS ☐

Remisión a EPS a: Antopedina ☐

Continuar manejo médico ☐

Remisión a ARP para manejo del caso ☐

Seguimiento caso ARP ☐

#### OCUPACIONALES

Control Periódico Ocupacional ☒

Higiene Postural ☒

Utilización de EPP ☒

Utilización de Ayudas Ergonómicas ☐

Realización de pruebas complementarias ☐

#### HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

Dieta ☐

Ejercicio regular 3 veces/sem. ☐

Dejar el hábito de fumar ☐

Reducir el consumo de alcohol ☐

Incluir en SVE  
(Sistema Vigilancia  
Epidemiológica)

VISUAL ☐

CARDIOVASCULAR ☐

AUDITIVO ☐

PSICOLABORAL ☐

RESPIRATORIO ☐

ERGONÓMICO ☐

QUÍMICO ☐

PP: Programa de promoción y prevención de la salud: Higiene oral semanal; Citología cervicovaginal anual; Control visual anual; Control de seno anual; Control de próstata anual

### RECOMENDACIONES ESPECIFICAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo al (a al) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mi el examen médico y/o paraclínico(o) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, interpretación, las limitaciones y riesgo del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas, entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realice al(los) examen(es). Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este(s) examen(es) están completas y son verídicas. Autoriza a Salud Ocupacional & Medicinas Alternativas IPS para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del programa de salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido contemplados antes de colocar mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

NOMBRE DEL MEDICO

FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL

ULTIMA VERSION JULIO / 2015

FIRMA DEL TRABAJADOR

Jenny Cena Lopez Cabrera  
C.C. 66846558

HORA LLEGADA: \_\_\_\_\_ HORA SALIDA: \_\_\_\_\_

FORMATO PROPIEDAD INTELECTUAL DE SALUD OCUPACIONAL & MEDICINAS ALTERNATIVAS