



Salud Ocupacional de Nariño

Cra 29 No 17 25 Tel 7 31 00 76 - 7 31 42 79 Celular 315 540 4983

Licencia de Ministerio de Salud, resolución No. 1889 DE SEP DEL 2010



FOTO

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO

FECHA: CIUDAD:	PASTO	DIA:	04	MES	02	AÑO:	2013
EMPRESA CONTRATANTE:	SERTEMPO CALI						
EMPRESA EN MISION:	EMAS						
NOMBRES DEL EXAMINADO:	JESUS HUMBERTO MUÑOZ TOVAR						
DOCUMENTO IDENTIFICACION	CC No.	13.061.049	DE	TUQUERRES (NARIÑO)			
CARGO AL QUE ASPIRA	OPERARIO DE BARRIDO						
EXAMENES REALIZADOS	MEDICO						
CUALES:							
CONCEPTO EXAMEN DE INGRESO							
APTO	SIN RESTRICCION PARA EL CARGO EVALUADO						X
	CON RESTRICCION						
CONDUCTA Y O SUGERENCIAS							
MANEJO POR ARP /EPS		OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA		
CONTROL PROMOCION Y PREVENCIÓN EN EPS	X	EXAMEN PERIODICO OCUPACIONAL	X	DIETA	X		
REMISION EPS		HIGIENE POSTURAL	X	EJERCICIO REGULAR	X		
CONTINUAR MANEJO MED		USO DE ELEMENTOS PROTECCION PERSONAL	X	DEJAR HABITO FUMADOR			
REMISION ARP		USO DE AYUDAS ERGONOMICO	X	REDUCIR CONSUMO ALCHOL			
SEGUIMIENTO ARP		ESTUDIO PUESTO DE TRABAJO		RECREACION	X		
		PAUSAS ACTIVAS	X	MEDI ANTIESTASIS VENOSO	X		
INCLUIR EN SITEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE:							
VISUAL	X	AUDITIVO		RESPIRATORIO	X	ERGONOMICO	X
CARDIOVASCULAR:		PSICOLABORAL	X	BIOLOGICO:	X	QUIMICO	X
RECOMENDACIONES ESPECIALES							
CAPACITACION EN SALUD OCUPACIONAL FACTORES DE RIESGO DE OFICIO: ERGONOMICO, PSICOSOCIAL.							
CAPACITACION EN HIGIENE POSTURAL, CARGAS, MANEJO DE DESECHOS, Y MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EVITAR ACCIDENTES DE TRANSPORTE							
EVITAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS PESADAS							

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo al doctor firmante a realizar en mí y o paracímicos ocupacionales registrados en este documento. El doctor me ha explicado la naturaleza y el propósito del los mismos. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y los riesgos del examen médico y/o los paracímicos ocupacionales, a partir de la asesorías brindadas antes de los exámenes. Entiendo que la realización de estas pruebas es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento informado en cualquier momento antes de que se realizaran. Fui informado de las medidas que tomara salud ocupacional par guardar la confidencialidad de los resultados. Recibi copia de la valoración médica ocupacional. Las respuestas dadas por mí en estos exámenes están completas y son verdicas y autorizo a SONAR para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento

MD HUGO LASSO MEDINA
ESP SALUD OCUPACIONAL
LIC SO: 1889/2010

Jesus Muñoz
TRABAJADOR
CC: 13.061.049