

DR. GUSTAVO CONTRERAS SALAMANCA

Médico Cirujano Especialista en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Carrera 21 N° 25 - 16 Sur Bogotá. Tel: 2391845 - ecografiascolorcontreras@hotmail.com

Licencia Salud Ocupacional Resolución N° 15006/2015 de Secretaria Salud Bogotá

EXAMEN MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Entidad Contratante:	Sub Red Centro Oriente			
Fecha examen:	Nov 23/2016	Cargo:		
Tipo de examen	Ingreso <u>Si</u>	Periódico	<u>—</u>	Retiro <u>—</u>
Trabajo en alturas <u>—</u>				

Trabajador

Apellidos	Cañon García	Nombres	Claudia Mercedes		
ID:	39.809.491	Tel:	313 427 9856	Sexo	F.
Profesión:	Estudiante de Derecho			Diestro	<u>Si</u>
Dirección	Transv 53A #22-03			Zurdo	<u>—</u>
				Ciudad:	Bogotá.

A quien se le realizan los siguientes exámenes:

Médico Ocupacional	<u>Si</u>	Audiometría	<u>—</u>	Optometría	<u>—</u>
Radiografía	<u>—</u>	Electrocardiograma	<u>—</u>	Espirometría	<u>—</u>
Glicemia	<u>—</u>	Colesterol	<u>—</u>	Triglicéridos	<u>—</u>
Otros	<u>—</u>				

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Apto para el cargo	<u>Si</u>	Apto con restricciones que no limitan su labor	<u>—</u>
Apto con restricciones:	<u>—</u>	Aplazado por restricciones	<u>—</u>
Puede continuar su labor	<u>—</u>	Puede continuar con reubicación laboral	<u>—</u>
Examen de retiro satisfactorio.	<u>—</u>	Examen de retiro con patología	<u>—</u>
Apto para trabajo en alturas.	<u>—</u>	No apto	<u>—</u>

Restricciones médicas ocupacionales

No

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

Uso de elementos de protección personal	<u>Si</u>	Valoración por:	
Ingreso al sistema de vigilancia epidemiológica	<u>—</u>	Reubicación laboral temporal.	<u>—</u>
Realización de pruebas complementarias	<u>—</u>	Rehabilitación ocupacional.	<u>—</u>
Otras	<u>—</u>		

La presente certificación se expide con base en la Historia Clínica Ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial.

Dr. Gustavo Contreras
MÉDICO CIRUJANO - U. NAL.
Especialista Salud Ocupacional
Licencia S. O. N° 15006/2015 S.D.S.

Médico Licencia en Salud Ocupacional


39809491

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Certifico que no he omitido información sobre mis enfermedades y mi estado de salud.

TRABAJADOR EXAMINADO.