

## CERTIFICADO INTEGRAL DE APTITUD OCUPACIONAL

### INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRES Y APELLIDOS: KELY MARCELA MACIAS JIMÉNEZ EDAD: 27 AÑOS FECHA: 13 de AGO de 2021  
IDENTIFICACIÓN: 1.017.221.690 EPS: SURA AFP: PROTECCIÓN ARL: SURA TEL.: 305 777 2675  
CARGO: ABOGADA  
EMPRESA: FONVALMED HORA: 11:00 a.m.

### TIPO DE EXAMEN SOLICITADO

|                        |   |               |                   |                     |                  |
|------------------------|---|---------------|-------------------|---------------------|------------------|
| INGRESO LABORAL        | X | REINGRESO     | PERIÓDICO OCUPAC. | RETIRO LABORAL      | POST INCAPACIDAD |
| MANIPULADORES ALIMENT. |   | OSTEOMUSCULAR | VINCULACIÓN       | RENOVACIÓN CONTRATO | REUBICACIÓN      |

### CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

|                   |   |                   |              |
|-------------------|---|-------------------|--------------|
| SIN RESTRICCIONES | X | CON RESTRICCIONES | REMITIDO (A) |
|-------------------|---|-------------------|--------------|

### DIAGNÓSTICO INTEGRAL DE SALUD DE ACUERDO CON EL PERFIL DEL CARGO

|   |                                                               |                              |
|---|---------------------------------------------------------------|------------------------------|
| X | CLINICAMENTE SANO (A)                                         | DIAGNÓSTICOS Y OBSERVACIONES |
| X | SIN SECUELAS POR ACCIDENTES DE TRABAJO                        |                              |
| X | SIN SECUELAS POR ENFERMEDAD PROFESIONAL                       |                              |
| X | LLEVAR PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA SEGÚN RIESGOS   |                              |
| X | NO PRESENTA SIGNOS O SÍNTOMAS COMPATIBLES CON COVID - 19      |                              |
|   | CON ENFERMEDAD COMUN QUE NO AFECTA EL DESEMPEÑO LABORAL       |                              |
|   | CON ENFERMEDAD COMUN QUE AFECTA O LIMITA EL DESEMPEÑO LABORAL |                              |
|   | CONTROL DE AUDIOMETRIA CLÍNICA CADA SEIS MESES                |                              |
|   | UTILIZAR DOBLE PROTECCIÓN AUDITIVA (Orejeras + Silicona)      |                              |
|   | REFIERE ACOSO LABORAL EN LA EMPRESA                           |                              |
|   | REQUIERE LENTES PARA LABORAR                                  |                              |
|   | REQUIERE BAJAR DE PESO                                        |                              |

### RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES ESPECÍFICAS DE ACUERDO CON EL OFICIO A DESEMPEÑAR

|   |                                                                 |                                                            |
|---|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| X | COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACIÓN ANTITETÁNICA - CINCO DOSIS      | PRESENTAR CARNE DE VACUNACIÓN ACTUALIZADO                  |
|   | COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACIÓN ANTI HEPATITIS B - TRES DOSIS   | MEDIRSE ANTICUERPOS CONTRA ANTIGENO SUPERFICIE HEPATITIS B |
|   | PRESENTA SECUELAS POR ACCIDENTES DE TRABAJO                     |                                                            |
|   | PRESENTA PRESUNTA ENFERMEDAD PROFESIONAL                        |                                                            |
|   | SE SUGIERE ESTUDIO DEL PUESTO DE TRABAJO PARA DOCUMENTAR RIESGO |                                                            |
|   | NO PUEDE LABORAR EN ALTURAS / TRABAJAR A MENOS DE 1,5 METROS    |                                                            |
|   | TIENE RESTRICCIÓN PARA MANIPULAR CARGAS PESADAS, MÁXIMO: Kg     |                                                            |
|   | NO PUEDE MANIPULAR ALIMENTOS                                    |                                                            |
|   | REQUIERE OTRAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS                          |                                                            |
|   | REQUIERE CONTROL PERIÓDICO CON ESPECIALISTA EN LA E.P.S.        |                                                            |

### EXÁMENES CLÍNICOS Y PARACLÍNICOS: D: Derecho, I: Izquierdo, B: Bilateral, N: Normal, A: Alterado.

|                   |        |          |   |                     |                     |
|-------------------|--------|----------|---|---------------------|---------------------|
| ANÁLISIS VISUAL   | NORMAL | ALTERADO | B | COLUMNA CERVICAL    | COLUMNA D-L         |
| ANÁLISIS AUDITIVO | NORMAL | ALTERADO |   | MIEMBROS SUPERIORES | MIEMBROS INFERIORES |
| ESPIROMETRIA      | NORMAL | ALTERADO |   | HOMBRO              | CADERA              |
| OSTEOMUSCULAR     | NORMAL | ALTERADO |   | CODO                | RODILLA             |
| A.M.A.            | NORMAL | ALTERADO |   | MANOS               | PIES                |

### LABORATORIO CLÍNICO = N: Normal, A: Alterado, P: Post-tratamiento

|                  |               |                      |                  |                   |
|------------------|---------------|----------------------|------------------|-------------------|
| FROTIS FARINGEO  | KOH UNAS      | COPROLÓGICO          | E. COLI EN MANOS | CITOCCO. DE ORINA |
| GLUCEMIA         | HEMOGRAMA     | SEROLOGÍA - V.D.R.L. | PIRETOIDES       | COLINESTERASAS    |
| COLESTEROL TOTAL | TRIGLICÉRIDOS | TOXICOLÓGICOS        | PERFIL HEPÁTICO  | PERFIL RENAL      |

### REQUIERE REMISIÓN A: E: EPS A: ARL P: AFP

|                  |               |             |                   |                        |
|------------------|---------------|-------------|-------------------|------------------------|
| MEDICINA GENERAL | DERMATOLOGÍA  | ORTOPEDIA   | MEDICINA INTERNA  | FISIATRÍA/REHABILITAC. |
| CIRUGÍA GENERAL  | OTORRINO      | NEUROLOGÍA  | OFTALM-OPTOMETRÍA | E ALERGOLOGÍA          |
| ODONTOLOGÍA      | NUTRICIONISTA | PSIQUIATRÍA | OTRA ESPECIALIDAD | CALIFICACIÓN PCL ARL   |

### RECOMENDACIONES GENERALES PREVENTIVAS

1. Implementar el programa de pausas activas con ejercicios de al menos 5 minutos por cada hora de trabajo. Incluye oficios en COMPUTADOR.
2. La carga compacta máx. para mujeres es de 12,5 kg. y 25 kg. en hombres, en hombros máx. 20 kg. mujeres y 50 kg. hombres (Res. 2400/79. arts. 390 y 392)
3. Realizar programas periódicos de inducción y reinducción a todos los trabajadores e implementar programas de capacitación preventiva.
4. Cualquier sospecha de enfermedad profesional o presunto accidente trabajo debe ser reportado obligatoriamente a la A.R.L.
5. Verificar que la exigencia de la labor no exija sobreesfuerzos físicos o mentales que superen las capacidades del trabajador.
6. Para minimizar el riesgo sicosocial se debe brindar un trato humano y digno (Ley de acoso laboral: 1010 de 2006; Res. 734 de 2006).
7. Es obligatoria la investigación y notificación perentoria de accidentes de trabajo graves (Resolución 1401 de 2007).

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Previamente a este examen he sido informado por la empresa y el médico examinador de las exigencias de Ley para su realización, por consiguiente certifico que he autorizado para que se me realice, 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 en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa.

El examinado autoriza para que a través del médico Laboral que realiza la presente evaluación, la empresa reciba este Certificado Médico Ocupacional.

EXAMINADO Bajo la gravedad del 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.

Declaro que la información suministrada al médico que practicó el presente examen ocupacional es verdadera en todas sus partes y puede ser confirmada por la empresa, acepto que cualquier engaño, error o reticencia en la información suministrada exime al médico y la empresa de cualquier tipo de responsabilidad.

Para evitar FRAUDE por suplantación, NO SE ESCANEAN O FOTOCOPIAN LAS FIRMAS.

Firmo en original declarándome conforme con el examen médico y los resultados paraclínicos obtenidos.

Juan Guillermo Calvache Giraldo  
Médico y Cirujano - C.E.S.  
Especialista Correría Salud Ocupacional  
Registro 3036 - Licencia 2070



FIRMA EN ORIGINAL DEL MÉDICO Y LIC. S.S.T. S2019060149072

NOMBRE LEGIBLE DEL TRABAJADOR Y C.C. 1.017.221.690

HUELLA DACTILAR VIII - 2021

Como reponsables de la custodia de la HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL (Res. 1918 de 2009) y los demás documentos que la conforman, se expide el presente CERTIFICADO INTEGRAL DE APTITUD OCUPACIONAL manteniendo en nuestros archivos los respectivos documentos que certifican el estado de salud del trabajador, preservando así el uso adecuado de la información médica.