



Centro de  
Especialidades  
Médicas S.A.S

CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS S.A.S NIT: 900.836.143-8

CÓDIGO

VERSIÓN

FECHA

## CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

Empresa: **PARTICULAR** Ciudad: **ARAUCA** ID: **88220537**

Pre-Ingreso ☒ Retiro - Pre - Ingreso - Fecha  
 Periódico - Post- - Particular -  
 Re - integro - incapacidad - ARL **18/01/2020**  
 Cambio cargo

### 1. IDENTIFICACIÓN



Nombres y Apellidos: **HUGO JOSE GREGORIO CORZO LEYVA**

Sexo: F - M ☒ Fecha de nacimiento: **05/05/1976** Edad: **43** años

Lugar de Nac. **CUCUTA** Escol. **PROFESIONAL**

Estado civil **U.LIBRE** Prof. **ADM. DE EMPRESAS**

Cargo **INSTRUCTOR DE IDIOMAS** Fecha de Valoración **18/01/2020**

Funciones principales: **ENSEÑAR**

A.R.L. **POSITIVA** Celular **3143200397**

E.P.S. **NUEVA EPS** A.F.P. **PORVENIR**

### 2. EXÁMENES REALIZADOS

| Examen                                     | DESCRIPCION                                   |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 1. Visiometria / Optometria                | <b>Normal. Leve (18/01/2020)</b>              |
| 2. Audiometria                             | <b>Normal. (18/01/2020)</b>                   |
| 3. Espirometria                            |                                               |
| 4. Psicosensometrico / Coordinación Motriz |                                               |
| 5. Psicología                              |                                               |
| <b>Lab. Clínico</b>                        | <b>DESCRIPCION</b>                            |
| 6. Cuadro hemático                         | <b>—</b>                                      |
| 7. Parcial de orina                        | <b>—</b>                                      |
| 8. Perfil Lipídico                         | <b>Normal (18/01/2020)</b>                    |
| 9. Glicemia                                | <b>Normal (18/01/2020)</b>                    |
| 10. Serología                              |                                               |
| 11. TGO / TGP                              |                                               |
| 12. Creatinina                             |                                               |
| 13. Hemoclasificación                      |                                               |
| <b>Examen</b>                              | <b>DESCRIPCION</b>                            |
| 14. RX de torax                            |                                               |
| 15. RX de columna lumbo sacra              |                                               |
| 16. EKG                                    |                                               |
| Examen físico                              | <b>Examen osteomuscular sin alteraciones.</b> |

### 3. CONCEPTO MEDICO

Condiciones adecuadas para desempeñar el cargo

Con recomendaciones para desempeñar el cargo ☒

Con restricciones para el cargo

Aplazado

Condiciones inadecuadas para desempeñar cargo

Condiciones adecuadas para trabajo en alturas

Condiciones adecuadas para manejo de cargas

Condiciones adecuada para espacios confinados

Condicion adecuada manipulacion de quimicos

Condicion adecuada manipulacion de alimentos

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |



Centro de  
Especialidades  
Médicas S.A.S

## CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL

CÓDIGO

VERSIÓN

FECHA

### 4. CONCEPTO MEDICO PERIÓDICO

|                        |    |         |  |                 |    |    |     |     |
|------------------------|----|---------|--|-----------------|----|----|-----|-----|
| NORMAL                 |    | ANORMAL |  | REMISION        | NO | SI | EPS | ARL |
| Apto para alturas      | SI | NO      |  | Recomendaciones |    |    |     |     |
| ENFERMEDAD PROFESIONAL | SI | NO      |  | OBS             |    |    |     |     |

### 5. CONCEPTO MEDICO DE RETIRO

|                        |    |         |  |          |    |    |     |     |
|------------------------|----|---------|--|----------|----|----|-----|-----|
| NORMAL                 |    | ANORMAL |  | REMISION | NO | SI | EPS | ARL |
| ENFERMEDAD PROFESIONAL | SI | NO      |  | OBS      |    |    |     |     |

### 6. INGRESO PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGIA Y/O PYP

|              |  |                     |  |               |  |           |  |
|--------------|--|---------------------|--|---------------|--|-----------|--|
| AUDITIVO     |  | CARDIOVASCULAR      |  | OSTEOMUSCULAR |  | BIOLOGICO |  |
| RESPIRATORIO |  | RADIACION IONIZANTE |  | PSICOSOCIAL   |  | OTRO      |  |
| VISUAL       |  | MANEJO DE VOZ       |  | QUIMICO       |  |           |  |

### 7. RECOMENDACIONES Y RESTRICCIONES

Dieta y ejercicio

### 8. RECOMENDACIONES PARA EMPRESA

Brindar espacios para hacer pausas activas

### 9. RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE

- ① Dieta balanceada baja en grasa
- ② Hacer actividad física 30 min al día mínimo
- ③ Uso de lentes filtro U.V.
- ④ Hacer pausas activas 10 min c/2hr en especial de la voz

Bajo la gravedad del juramento afirmo que toda la información anteriormente suministrada es correcta y que no he ocultado nada sobre mi historia de salud.

Nota: en caso de existir alguna inexactitud por omisión o a causa del interesado, se hará acreedor a las sanciones previstas por la Ley.

Firma y cédula del examinado

Nombre, firma y registro del Médico

CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS S.A.S NIT: 900.836.143-8