# UNION MEDICA DEL NORTE SAS

*Nit. 800166536 - 0*
*Dirección: Calle 129 B No 92 B-09*
*Tel: (601)7438163 - (601)9156043*

## INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

**Tipo certificación:** Ingreso ⊗ | Periódico ○ | Retiro ○ | Post incapacidad ○ | Caso ocupacional ○
Control ○ | Reubicación ○ | Ingreso al SVE ○ | Trabajo en alturas ○



### DATOS DEL PACIENTE

Fecha **13/07/2022 23:54:00** Empresa **PARTICULAR**

Nombre **JULIAN ANDRES DAZA MENDEZ**

Cargo **CONTRATISTA** Doc. Identidad **CC 1018490249**

### SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

| | | |
|---|---|---|
| 1 EXAMEN OSTEO MUSCULAR | 2 VISIOMETRIA | 3 |
| 4 | 5 | 6 |
| 7 | 8 | 9 |

| EXAMEN DE INGRESO | SI | NO | NO APLICA | FALTA INFORMACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| Apto para el cargo | ⊗ | ○ | ○ | ○ |
| Aplazado | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Apto con restricciones | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Apto para trabajar en alturas | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Apto para trabajar en espacios confinados | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Apto para participar en la brigada | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista | ○ | ○ | ○ | ○ |

| EXAMEN PERIÓDICO | SI | NO |
|---|---|---|
| Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones | ○ | ○ |
| Requiere restricciones de actividades | ○ | ○ |
| Requiere reubicación laboral temporal | ○ | ○ |
| Requiere reubicación laboral permanente | ○ | ○ |
| Apto para trabajar en alturas | ○ | ○ |
| Apto para trabajar en espacios confinados | ○ | ○ |
| Apto para trabajar en alturas | ○ | ○ |

| EXAMEN DE RETIRO | SI | NO |
|---|---|---|
| Sospecha de enfermedad Profesional | ○ | ○ |
| Secuelas de Accidentes de Trabajo | ○ | ○ |
| Enfermedad Común | ○ | ○ |

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ⊗ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

| REMISIÓN | SI ⊗ | NO ○ | ARL | SI ○ | NO ○ | EPS | SI ⊗ | NO ○ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

1.CONTROL POR OPTOMETRIA EN SU EPS

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

Dra. Johanna M. Carrillo D.
M D Esp Salud Ocupacional
RM 52928483
LSO 13916
Johanna M Carrillo O

JOHANNA MILENA CARRILLO ORTIZ
Especialidad: SALUD OCUPACIONAL
CC: 52928483 RM: 8120/2006

Trabajador: JULIAN ANDRES DAZA MENDEZ
CC 1018490249
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica