

**MD. LUIS EDUARDO SAAVEDRA PUENTES**
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL LIC 024244
Teléfono 3164392382 - 6167885
*DIRECCIÓN: Carrera 26 # 40-41 Centro Comercial Poblado Plaza Local 203*
*Correo: usisaludipssaludocupacional@gmail.com*

# INFORME MEDICO OCUPACIONAL DE APTITUD LABORAL

**TIPO CERTIFICACION:** Ingreso O Periódico O **Retiro X** Post Incapacidad O Caso Ocupacional O
Control O Reubicación O Ingreso al SVE O Trabajo en alturas O

| **DATOS DEL PACIENTE** | |
|---|---|
| **Fecha: 15/ FEBRERO /2024** | **Empresa: CONSTRUCTORA VISION FUTURO S.A.S** |
| **Nit. 901707067-7** | |
| **Nombre: ANTONIO JOSE SIERRA HENAO** | **Doc. Identidad: 71.878.391** |
| **Cargo: OFICIAL** | |

## SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES EXAMENES PARACLINICOS

| | | |
|---|---|---|
| **1. EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR X** | **2. OPTOMETRIA: NORMAL** | 3. AUDIOMETRIA: NO REALIZADA |
| **4.PERFILLIPIDICO.COLESTEROL,TRIGLICERIDOS: NORMALES** | 5. GLICEMIA: NO REALIZADA | 6. PRUEBAS VESTIBULARES PARA TRABAJO EN ALTURA: NO REALIZADO |
| **EXAMEN CARDIOPULMONAR: AUSCULTACION PULMONAR Y CARDIACA NORMAL** | **OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL, FONDO DE OJO BILATERAL NORMAL, ORL NORMAL** | **RESTO DE EXAMEN FISICO DENTRO DE LIMITES NORMALES** |

| **EXAMEN DE INGRESO** | **SI** | **NO** | **NO APLICA** | **FALTA INFORMACION** |
|---|---|---|---|---|
| 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 auto contenido | | | | |
| Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista | | | | |

| **EXAMEN PERIODICO** | **SI** | **NO** |
|---|---|---|
| Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones | | |
| Requiere restricciones de actividades | | |
| Requiere reubicación laboral | | |
| Requiere reubicación laboral Permanente | | |
| Apto para trabajar en alturas | | |
| Apto para trabajar en espacios Confinados | | |
| **EXAMEN DE RETIRO** | SI | NO |
| Sospecha de Enfermedad Profesional | | X |
| Secuelas de Accidente de Trabajo | | X |
| **Examen Físico Normal** | **X** | |

| **PROGRAMA DE VIGILANCIA PERIÓDICA** |
|---|
| Visual ☐ Auditivo ☐ Respiratorio ☐ Cardiovascular ☐ Psicosocial ☐ Ergonómico ☐ Otros ☐ |

SE RECOMIENDA USO PERMANENTE DE EPP, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.

| REMISION | SI | **NO X** | ARL | SI | NO | EPS | SI | NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Dr. Luis Eduardo Saavedra P.
Medico Especialista en Salud Ocupacional

LUIS EDUARDO SAAVEDRA PUENTES
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SST
CC: 91267852 RM: 01833/024244

Trabajador
CC:
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biométrica