



**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 ☐ Periódico ☐ Retiro ☒ Post Incapacidad ☐ Caso Ocupacional ☐  
Control ☐ Reubicación ☐ Ingreso al SVE ☐ Trabajo en alturas ☐

|                                    |                                           |
|------------------------------------|-------------------------------------------|
| <b>DATOS DEL PACIENTE</b>          |                                           |
| Fecha: 15/ FEBRERO /2024           | Empresa: CONSTRUCTORA VISION FUTURO S.A.S |
| Nit. 901707067-7                   |                                           |
| Nombre: ELKIN LEON RENDON CHAVERRA | Doc. Identidad: 15.274.285                |
| Cargo: AYUDANTE                    |                                           |

**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 | EXAMEN PERIODICO                                           | SI | NO |
|-----------------------------------------------------------------------|----|----|-----------|-------------------|------------------------------------------------------------|----|----|
| Apto para el cargo                                                    |    |    |           |                   | Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones |    |    |
| Aplazado                                                              |    |    |           |                   | Requiere restricciones de actividades                      |    |    |
| Apto con restricciones                                                |    |    |           |                   | Requiere reubicación laboral                               |    |    |
| Apto para trabajar en alturas                                         |    |    |           |                   | Requiere reubicación laboral Permanente                    |    |    |
| Apto para trabajar en espacios Confinados                             |    |    |           |                   | Apto para trabajar en alturas                              |    |    |
| Apto para trabajar con equipos de suministro de aire o auto contenido |    |    |           |                   | Apto para trabajar en espacios Confinados                  |    |    |
| Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista      |    |    |           |                   | <b>EXAMEN DE RETIRO</b>                                    | 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 |
|----------|----|----|---|-----|----|----|-----|----|----|

  
**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