AERONÁUTICA CIVIL UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL	FORMATO **CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL**		Seguridad y salud en el trabajo
	Clave: APOY-3.0-12-032	**Versión:** 06	**Fecha de aprobación:** 11/10/2023

El suscrito médico con licencia en Seguridad y Salud en el Trabajo certifica que se practicó el examen de: Ingreso X_ Periódico _ Pos - incapacidad ___ Retiro _ a: JAVIER HERNANDO CARO BOLIVAR Identificado (a) con cédula de ciudadanía número: 1032484050

Cargo al que aspira		Dependencia / área	
Cargo actual	CONTRATISTA	Dependencia / área	DIRECCION DE OPERACIONES A LA NAVEGACION AEREA.

CONCEPTO EN EXAMEN DE INGRESO			
	Sí	**No**	**Observaciones**
¿Apto para el cargo?			
¿Con limitaciones o Restricciones?			
¿Aplazado?			

CONCEPTO EN EXAMEN PERIÓDICO Y/O POS-INCAPACIDAD			
	Si	**No**	**Observaciones**
¿Apto para continuar desempeñando su labor?			
¿Apto con recomendaciones o restricciones?	X		RECOMENDACIONES MEDICO-LABORALES
No satisfactorio			

CONDICIÓN DE SALUD ENCONTRADA AL RETIRO DE LA ENTIDAD

Satisfactorio:	Si		No	

Sospecha de Enfermedad Laboral:	Si		No	
Sospecha de Enfermedad Común agravada por la labor:	Si		No	
Secuela de accidente de trabajo:	Si		No	

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA	Código CIE-10
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
Otros hallazgos:	

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

RECOMENDACIONES MEDICO-LABORALES.
PAUSAS VISUALES CADA HORA SI ESTA REALIZANDO TRABAJO CONTINUO QUE REQUIERA FIJAR LA VISTA DE FORMA CONSTANTE.
CONTINUAR CONTROLES POR MEDICO TRATANTE.

Expedida en BOGOTÁ, a los 30 días del mes de OCTUBRE del año 2025.

Firma del funcionario
CC: 1032484050

Marco Antonio Ariza R
Médico Cirujano UN
T.P. 9[illegible]1/2002
Licencia S3[illegible]14068/13112018

Firma del Médico
RM:
Licencia S.O.:

NOTA: Este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo en los siguientes casos: Cuando medie mandato judicial; por autorización expresa, escrita y con firma autenticada del trabajador interesado; por solicitud de las autoridades competentes de previsión y seguridad social. (MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL, Resolución No. 6398 de 1991, Artículo 2).

C.C. Historia Clínica., Hoja de vida

AERONÁUTICA CIVIL UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL	FORMATO HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL	Seguridad y salud en el trabajo
	Clave: APOY-3.0-12-031 / Versión: 03	Fecha de aprobación: 22/11/2022

(Según Norma Técnica Colombiana ICONTEC- NTC 4115, ratificada por Consejo Directivo el 16 04 97)

Día 30 Mes 10 Año 25 — Número ___ - ___ (Año / Consecutivo)

EXAMEN: Ingreso [X] Periódico [ ] Pos - incapacidad [ ] Cambio de oficio [ ] Especial (Reubicación o readaptación laboral) [ ] Retiro [ ]

IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA

Nombre Empresa	Dirección	Teléfono(s)

Municipio: | Departamento:

Nit | CC | CE — DV — Sucursal: Sí [ ] No [ ]

IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

Apellidos: CARO BOLIVAR — Nombres: JAVIER HERNANDO

Sexo: Masculino [X] Femenino [ ] — Identificación: ~~CC~~ TI [ ] CE [ ] — No. 1032483450.

Edad: Años 29 Meses 02

Nacimiento: Municipio San Juan de Rio seco — Departamento Cundinamarca — Fecha (DIA / MES / AÑO) 07 / 08 / 96

Estado Civil: Soltero [ ] Casado [X] Viudo [ ] Separado [ ] Unión libre [ ]

Nivel Académico: Ninguno [ ] Primaria Completa [ ] Incompleta [ ] Secundaria Completa [ ] Incompleta [ ] Tecnólogo [ ] Universidad [ ] Profesión: Ing Industrial.

Número de personas a cargo (que dependen económicamente del trabajador): ___

Domicilio — Dirección: Cr 112B # 77A-14 — Teléfono: 3124617632 — Ciudad: Bogota.

Cargo que aspira: Contratista. — Dependencia / Área: Direccion de operaciones a la navegacion aerea.

Cargo actual: ___ — Dependencia / Área: ___

Antigüedad: En la empresa: Años ___ Meses ___ — En el cargo actual: Años ___ Meses ___

Tipo de Vinculación: Planta [ ] — Prestación de servicios profesionales [X] — Contrato a término definido [ ] — Provisional [ ] — Estudiante en práctica [ ] — Período de prueba [ ]

Turno: Diurno [ ] Nocturno [ ] Mixto [ ] Rotativo [X]

ANTECEDENTES FAMILIARES

Patología :	Padre	Madre	Hermanos	Abuelos M	Abuelos P	Patología :	Padre	Madre	Hermanos	Abuelos M	Abuelos P
Hipertensión						Sordera Congénita					
Cardiopatía						Diabetes					
ACV						Enf. Mentales					
Enferme. Pulmonares						Síndrome Convulsivo					
Alergias-Asma						Alcoholismo					
Tuberculosis						Cáncer					
Otros:											

Observaciones: Niega antecedentes familiares

ANTECEDENTES GENERALES

	Sí	No		Sí	No
En la Infancia			Quirúrgicos orquidopexia	X	
Infecciosos			Transfusiones		
Tóxicos			Hospitalarios		
Alérgicos			ETS		
Deportivos			Endocrinos		
Ósteo-Musculares			Gineco-Obstétricos		
Traumáticos			Psiquiátricos		

Explique: Infarto ocular izquierdo 18/10/2024 con recuperación del campo visual parcial; pérdida importante de la capacidad visual ojo izquierdo. Niega otros antecedentes. Infarto ocular secundario a ruptura de aneurisma

ANTECEDENTES GINECOOBSTÉTRICOS

Edad de la Menarquia (Años) ____ Ciclos : ____ x ____ FUM (Día Mes Año) ____

G ☐ P ☐ A ☐ C ☐ M ☐ Menopausia (Sí) ☐ Última citología (Día Mes Año) ____ Resultado ____

Planifica actualmente? (Sí No) ____ Método ____ Hace Cuánto? ____

Presenta actualmente flujo vaginal? (Sí No) ____ Hace Cuánto? ____

ANTECEDENTES TÓXICO-ALÉRGICOS

	Sí	No		Sintomatología
Ha sido alérgico a alguna sustancia ?	X		Cuál? AINES.	
En la actualidad es alérgico a alguna sustancia?	X		Cuál? AINES.	
Con que frecuencia se le manifiestan los síntomas?				

Fuma actualmente (Sí No) ☐ X Cuántos cigarrillos/Día ____ Tiempo (Años Meses) ____

Fumó anteriormente (Sí No) ☐ X Cuántos cigarrillos/Día ____ Tiempo ____

Dejó de fumar hace ____

Consumo de Alcohol (Sí No) X ☐ Habitual ☐ Social ☐ Ocasional X Bebida ____ Frecuencia ocasional

ANTECEDENTES INMUNOLOGICOS

Inmunizaciones							
Vacuna	Sí	No	Fecha/Dosis				Observaciones
			1a Dosis	2a Dosis	3a Dosis	Refuerzos	
BCG							
Tétanos							
DT							
Hepatitis B							
Rubéola							
Otras							

AERONÁUTICA CIVIL UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL	FORMATO HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL	Seguridad y salud en el trabajo
	Clave: APOY-3.0-12-031 / Versión: 03	Fecha de aprobación: 22/11/2022

ANTECEDENTES OCUPACIONALES (comience por el trabajo más reciente y siga en orden)

	EMPRESA	TIEMPO	CARGO	FACTOR DE RIESGO	ACCIDENTE / ENFERMEDAD
ANTERIOR	Aeronautica civil	19meses	Auxiliar A	Video Terminal	niega

Descripción de su tarea actual (o anterior, en Examen de Ingreso)

En el puesto de trabajo actual (o anterior, en Examen de Ingreso), está (o estuvo) expuesto a:

Calor intenso	☐	Humos	☐	Manejo de público	☐
Frío intenso	☐	Gases	☐	Posturas Inadecuadas	☐
Ventilación inadecuada	☐	Vapores	☐	Levantamiento de cargas	☐
Ruido	☐	Contacto de piel con químicos	☐	Herramientas Manuales	☐
Vibraciones	☐	Humos metálicos	☐	Mecanismos en movimiento	☐
Luz excesiva	☐	Agentes Biológicos	☐	Proyección de partículas	☐
Luz deficiente	☐	Trabajo Monótono	☐	Equipos a presión	☐
Radiación No Ionizante	☐	Movimientos Repetitivos	☐	Alta tensión	☐
Radiación Ionizante	☐	Sobrecarga de trabajo	☐	Electricidad estática	☐
Polvos	☐	Horas Extras (Sobre tiempo)	☐	Espacio de trabajo inadecuado	☐
Otro	☐	Cuál?	Uso de video terminales.		

Usa elementos de protección personal SI ☐ No ☐ *No aplica ☒

Cuál o Cuáles?

Casco	☐	Gafas de seguridad	☐	Guantes	☐	Bata	☐
Cofias	☐	Mascarilla desechable	☐	Braceras	☐	Calzado de Seguridad	☐
Gorro	☐	Respirador	☐	Peto	☐	Polainas	☐
Careta de acetato	☐	Protectores Auriculares	☐	Delantal	☐	Chaqueta y pantalón	☐
Otro	☐	Cuál?					

	SI	No	Explique
Ha estado incapacitado para desempeñar algún trabajo?	X		por infarto ocular.
Es sensible a productos químicos, calor, polvo, sol, etc.?		X	
Tiene dificultad para ejercer algún movimiento?		X	
Ha sido rechazado en algún empleo por causa de su salud?		X	
Ha estado interno por su voluntad o por orden médica en un hospital psiquiátrico o clínica de reposo ?		X	
Ha tenido algún accidente de trabajo?		X	
Ha tenido alguna enfermedad profesional?		X	
Toma actualmente algún medicamento o recibe algún tratamiento?		X	
Tiene algún pasatiempo o deporte que practique regularmente?	X		Tenis 1 x semana

REVISIÓN POR SISTEMAS

Sistema	Sí	No	Descripción
Oftalmológico			
ORL			
Respiratorio			
Cardiovascular			
Digestivo			
Genito-urinario			
Ósteo-muscular			
Dermatológico			
SNC			
SNP			
Endocrino			
Hematopoyético			Grupo Sanguíneo: Rh:
Psico-emocional			
Observaciones:			

EXAMEN FÍSICO

REHÚSA EXAMEN FÍSICO ☐

Talla:	Peso Actual:	Índice Masa Corporal	Bajo Peso	Normal	Sobrepeso	Obesidad
172 cm	84 Kg	28,3 P/T2			X	

Lateralidad Diestro ☒ Zurdo ☐ Ambidextro ☐ **Biotipo:** Pequeño ☐ Mediano ☒ Grande ☐

OJOS

	NE	N	A	Explique		NE	N	A	Explique
Párpados					Pupilas				
Córneas					Cristalino				
Conjuntivas					C. Lacrimal				

Observaciones: Estructuras normales; ojo izquierdo alteración del campo visual.

AV	VL OD	20/	VL OI	20/	Corrección	Lentes		Gafas	X	VL OD	20/	VL OI	20/

Visión	Cromática		Cercana		Explique
	Normal	Anormal	Normal	Deficiente	
OD	X		X		
OI	X			X	escotoma

ORL

	NE	N	A	Explique		NE	N	A	Explique
Nariz		/			Amígdalas		/		
Tabique		/			Faringe		/		
Cornetes		/			Voz		/		
S. Paranasal		/			Audición OD		/		
Dientes		/			Audición OI		/		
Paladar		/			CAE D		/		
Lengua		/			CAE I		/		
Observaciones	ninguna								

CUELLO

normal

TÓRAX

Glándulas mamarias: no aplica — Rehúsa Examen:

APARATO RESPIRATORIO

Inspección: normal — FR: 16. /Min

Palpación: — Percusión:

Auscultación: Ruidos respiratorios sin agregados

APARATO CARDIO-VASCULAR

FC: / min — TA: de pie: / — TA: Sentado 120/80. — TA: Acostado: /

Auscultación: Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos — Cianosis: no presenta

Várices: no presenta. — Pulsos periféricos: normal

APARATO DIGESTIVO:

Abdomen: Inspección: normal

Auscultación: — Palpación:

Hernias: no presenta.

APARATO GÉNITO-URINARIO

Genitales externos: no se examina — Rehúsa Examen:

Varicocele: no se examina — Otros:

Observaciones: ninguna

APARATO MÚSCULO - ESQUELÉTICO

	NE	N	A	Explique		NE	N	A	Explique
Postura		/			Marcha		/		
Fuerza mmss		/			Fuerza mmii		/		
Hombros		/			Caderas		/		
Codos		/			Rodillas		/		
Muñecas		/			Tobillos		/		
Manos		/			Pies		/		
Dedos manos		/			Dedos Pies		/		

Columna Vertebral: normal

Extremidades Superiores: normal — Extremidades Inferiores: normal

Observaciones: ninguna

SISTEMA NERVIOSO

	NE	N	A	Explique		NE	N	A	Explique
Reflejos Osteotendinosos					Equilibrio				
Motilidad Pasiva					Romberg				
Motilidad Activa					Babinski				

Observaciones: ninguna

PIEL Y ANEXOS

	NE	N	A	Explique		NE	N	A	Explique
Cabello					Uñas				
Cicatrices:									

Temperatura: — Normotermia: X — Con termómetro: °C

SISTEMA LINFÁTICO: (Marque X si encuentra adenopatías y explique en observaciones)

Submaxilar ☐ Cervical ☐ Axilar ☐ Inguinal ☐ Otra(s) ☐

Observaciones

SISTEMA ENDOCRINO

Inspección :	Tiroides:	NE	N	A	Explique
			X		

ESTADO MENTAL

	NE	N	A	Explique		NE	N	A	Explique
Atención		X			Emotividad		X		
Orientación		X			Adaptabilidad		X		
Observaciones									

OTROS

EXÁMENES DE LABORATORIO

	ninguno

ESTUDIOS PARACLÍNICOS

	ninguno

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

	Código CIE-10
1. Otras enfermedades de la retina y la coroides	H 35
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

CONCEPTO OCUPACIONAL	SI	No	Explique
Apto para el cargo?	X		Sin restricciones para el cargo evaluado
Con limitaciones o Restricciones?			
Aplazado?			

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Pausas visuales cada hora si esta realizando trabajo continuo que requiera fijar la vista de forma constante.
Continuar controles por medico tratante.

Remisión EPS:

EPS ACTUAL:

Firma del Trabajador
CC:

Marco Antonio Ariza R.
Medico Cirujano UN
T.P. 99201/2002
Licencia SST 14068/13

Firma del Médico
RM:

NOTA: Este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo en los siguientes casos: Cuando medie mandato judicial; por autorización expresa, escrita y con firma autenticada del trabajador interesado; y por solicitud de las autoridades competentes de previsión y seguridad social. (MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL, Resolución No. 6398 de 1991, Artículo 2)