TU HOSPITAL EN CASA S.A.S.

Dr. RUBEN DE LUQUE PONZON

Especialista en salud ocupacional y laboral

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

FECHA: 2025-07-17 16:38:23

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

PACIENTE: SANTANDER ANTONIO MARQUEZ BUSTAMANTE **ID.** CC 12543031

ENTIDAD: PARTICULAR

OCUPACION: OTROS PROFESIONALES Y TECNICOS NO DESCRITOS EN OTROS EPIGRAFES

CARGO:MEDICO GENERAL



Trabajo en Alturas : --

Manipulación de Alimentos : --

Espacios Confinados: --

TIPO DE EXAMEN

INGRESO

OTROS

EXÁMENES REALIZADOS:

☑ **AUDIOMETRIA**	- NORMAL	☑ **ELECTROCARDIOGRAMA**	- NORMAL	☑ **EXAMEN OSTEOMUSCULAR**	- NORMAL
☐ **LABORATORIOS**	-	☑ **VISIOMETRIA**	- NORMAL	☐ **EXAMEN PSICOSENSOMETRICO**	-
☐ **ESPIROMETRIA**	-	☐ **TAMIZAJE VISUAL**	-	☐ **PRUEBA VESTIBULAR**	-
☑ **GLICEMIA**	- NORMAL	☑ **PERFIL LIPÍDICO**	- NORMAL	☐ **KOH DE UÑAS**	-
☐ **COPROLOGICO**	-	☐ **FROTIS DE GARGANTA**	-		

OTRO:

RECOMENDACIONES

Higiene postural: NO **Pausas activas:** NO **Restricción para el manejo de cargas:** NO **Uso epp:** SI

Educación en manejo cargas: NO **Ingreso a programa de vigilancia epidemiológica:** --

Fomento de habitos saludables : SI

Remision:

Observaciones:

PUEDE TRABAJAR SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO ASIGNADO

CONDUCTA

• Conducta de manejo médico:

☐ a. Continuar manejo médico

☐ b. Remisión a EPS.

☐ c. Seguimiento por la ARL.

• Conducta médica laboral:

☑ a. Educación en higiene postural.

☑ b. Capacitación y verificación en uso adecuado de los elementos de protección personal.

• Conducta sobre hábitos y estilos de vida saludables:

☑ a. Actividad física regular.

☑ b. Educación en alimentación saludable.

☑ c. Desestimular el tabaquismo y consumo de sustancias perjudiciales.

e. Otro:

• Recomendaciones específicas:

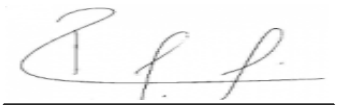
☐ a. Entrenamiento y supervisión en movilización segura de cargas.

☐ b. Restricción para manejo de cargas.

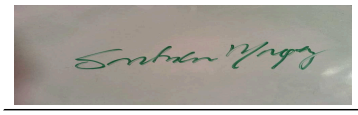
☐ c. No exponer a ruido de más de 80 decibeles sin protección auditiva adecuada.

d. Otras:

Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos del exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad dé la misma, autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiologica de las empresas y la realización de estudios de investigación con fines científicos. (Ley 1581 de 2012). Suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST).



DR. RUBEN DE LUQUE PONZON
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
R.M. 272 S.S.M. LIC. S.O. 1386 DE 21 DE JULIO



SANTANDER ANTONIO MARQUEZ BUSTAMANTE
CC 12543031