Siloé I.P.S
Unidad Integral de Atención

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

NOMBRE DE LA EMPRESA	CIUDAD	FECHA		
		DD	MM	AAAA
A QUIEN INTERESE	BARRAQUILLA	11	02	2025

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE COMPLETO	RUTH MARY DANIES ECHEVERRIA	Documento de identidad	
		CC	55,303,574
CARGO:	Contratista	SEDE:	

TALLA	PESO	IMC	INTERPRETACIÓN
8.00	57	21.05	NORMAL

TIPO DE EXAMEN OCUPACIONAL

PREOCUPACIONAL: X	PERIÓDICO:	POSTOCUPACIONAL:
REUBICACIÓN LABORAL:	REINTEGROLABORAL:	POSTINCAPACIDAD:

EXÁMENES PRACTICADOS

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL	AUDIOMETRÍA	VISIOMETRÍA
NORMAL	NORMAL	NORMAL

EXAMEN DE INGRESO

APTO: X	APTO CON PATOLOGÍA QUE NO LIMITA LA LABOR:	APTO CON RESTRICCIONES:
APLAZADO:	NO APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO:	APTO CON SEGUIMIENTO:

EXAMEN PERIÓDICO

PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR:	SE SUGIERE REUBICACIÓN: TEMPORAL PERMANENTE REASIGNAR TAREAS

OTROS

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS :	NO APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS:	PUEDE MANIPULAR ALIMENTOS:

EXAMEN DE EGRESO

SATISFACTORIO:	NO SATISFACTORIO:	SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL:

RECOMENDACIONES EN SALUD OCUPACIONAL

MÉDICAS	OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
Remisión a eps:	Uso de EPP:	Inicio de actividad física:
Continuar manejo médico:	Psicolaboral:	Dejar de fumar:
Remisión a ARL:	Visual:	Reducir consumo de alcohol:
	Auditivo:	Control de peso:
	Cardiovascular:	

OBSERVACIONES: PACIENTE CLINICAMENTE NORMAL , NO PRESENTA DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO, HEMODIMANICAMENTE CONSERVADO. SIGNOS VITALES ESTABLES, UBICADO EN TIEMPO Y ESPACIO.

RECOMENDACIONES:CUMPLIR CON LAS NORMAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAD POR LA EMPRESA, RECOMENDACIONES POSTULARES, PUESTO DE TRABAJO ERGONOMICO. INICIO DE ACTIVIDAD FÍSICA Y DIETA BAJA EN HARINAS Y GRASA

Certificación: Certifico que la información suministrada durante el proceso de evaluación registrada en la historia clínica ocupacional de la cual forma parte integral del presente documento, es verídica y puede ser corroborada.

CONSENTIMIENTOINFORMADO: Certifico que he recibo información del tipo de exámenes practicados , los cuales expresamente he autorizado para su realización , fui informado de sus resultados y del concepto de aptitud laboral, recomendaciones y/o restrinciones

Dr. Carlos A. Acuña Bolaño
MÉDICO ESPECIALISTA EN
MEDICINA LABORAL Y SALUD MENTAL
RM 1224 LSO 10464

Firma Del Medico

Firma Del Trabajador:
C.C