

	EVALUAR SALUD IPS	FR-MED-09
	FORMATO HISTORIA CERTIFICADO DE APTITUD	Versión: 1
	PROCESO DE MEDICINA OCUPACIONAL	Vigencia: 01/04/2023 Página 1 de 1

CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICA



FECHA: 02/01/2026

INGRESO	EGRESO	PERIÓDICO	POSTINCAPACIDAD	CAMBIO DE OCUPACIÓN	OTROS: ¿CUÁL?
x					

NOMBRES: GLORIA SOFIA
No IDENTIFICACIÓN: 1.010.067.987
EMPRESA: CACOM 6

APELLIDOS: LEMUS ENDO
EDAD: 26
CARGO: AUXILIAR DE ENFERMERIA

CONCEPTO

CUMPLE PARA EL PERFIL DEL CARGO	SI	CUMPLE PARA TRABAJAR EN ALTURA	___
CON PATOLOGÍA QUE NO LIMITA LA LABOR	___	CUMPLE PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS	___
SIN PATOLOGÍA APARENTE	___	CUMPLE PARA CONDUCCIÓN VEHICULAR	___
NO CUMPLE PARA EL PERFIL DEL CARGO	___	CUMPLE PARA ESPACIOS CONFINADOS	___
PRESENTA RESTRICCIÓN	___	CUMPLE PARA TRABAJOS ELÉCTRICOS	___
EXAMEN PERIÓDICO:	SATISFACTORIO	SI ___	NO ___
EXAMEN DE EGRESO:	SATISFACTORIO	SI ___	NO ___

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN OSTEOMUSCULAR
OPTOMETRIA

RECOMENDACIONES GENERALES: MANTENER ALIMENTACIÓN BALANCEADA, REALIZAR 150 MIN/SEMANA DE ACTIVIDAD FÍSICA, GARANTIZAR 7-9 H DE SUEÑO NOCTURNO, EVITAR CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL Y SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, CONSERVAR ADECUADA HIGIENE PERSONAL Y ASISTIR A CONTROLES MÉDICOS PREVENTIVOS SEGÚN EDAD Y RIESGO.

EXAMEN PERIÓDICO OCUPACIONAL () PAUSAS ACTIVAS (X) HIGIENE POSTURAL (X) USO DE EPP (X) REMITIR EPS () COTINUAR MANEJO MÉDICO ()

REALIZAR ACTIVIDADES DEPORTIVAS (X) HABITOS DE VIDA SALUDABLE (X) ALIMENTACIÓN BALANCEADA (X)

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS Y/O RESTRICCIONES: USO PERMANENTE DE GAFAS FORMULADAS.

Cumplir con las actividades de SST de la empresa, hacer uso de los elementos de protección personal indicados por la empresa; informar de manera oportuna a la empresa sobre cambios en su estado de salud. Adoptar estilos de vida saludables.

Las recomendaciones descritas en este certificado de aptitud ocupacional, han sido socializadas a cada trabajador durante la valoración médica.

Acepto las anteriores valoraciones médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato ART. 62 CST

Amelidis Delgado B.

FIRMA DEL MÉDICO

Gloria Sofia Lemus Endo

FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C No. 1.010.067.987