



# DR. MAURO R. RUIZ TORRES

## CERTIFICADO DE ACTITUD MEDICO LABORAL

|                                                                                                     |                                 |                                                    |                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------|
| Fecha:                                                                                              | 05 DE ENERO DEL 2026            | Proyecto:                                          | EJERCITO NACIONAL DE COLOMBIA (BIREY) |
| Lugar (Ciudad, Departamento):                                                                       | CIMITARRA-SANTANDER             |                                                    |                                       |
| Nombre Completo                                                                                     |                                 | Documento de Identidad                             | Hemoclasificación                     |
| JAIME ENRIQUE GUTIERREZ LIEVANO                                                                     |                                 | 93,130,617                                         | Grupo: O RH: (-)                      |
| Peso: 60 kg talla: 160 cm Ta: 100 / 75 FC: 80 FR: 19 T: 36,2 °C Edad: 55 Años estado Civil: SOLTERO |                                 |                                                    |                                       |
| Nombre del Cargo y Área: MAESTRO DE CONSTRUCCION                                                    |                                 |                                                    |                                       |
| Tipo de Examen                                                                                      |                                 |                                                    |                                       |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ingreso                                                         | <input type="checkbox"/> Egreso | <input type="checkbox"/> Periódico                 | <input type="checkbox"/> Reintegro    |
| <input type="checkbox"/> Trabajo en Alturas                                                         |                                 | <input type="checkbox"/> Manipulación de Alimentos |                                       |

### Exámenes Paraclínicos Realizados

|                                                 |                                                      |                                                    |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Optometría             | <input type="checkbox"/> Hemoclasificación           | <input type="checkbox"/> Frotis - Cultivo Garganta |
| <input checked="" type="checkbox"/> Visiometría | <input type="checkbox"/> Cuadro Hemático - Plaquetas | <input type="checkbox"/> Perfil Lipídico           |
| <input checked="" type="checkbox"/> Audiometría | <input type="checkbox"/> Glicemia                    | <input type="checkbox"/> Serología                 |
| <input type="checkbox"/> Espirometría           | <input type="checkbox"/> Parcial de Orina            | <input type="checkbox"/> Otros...                  |
| <input type="checkbox"/> Electrocardiograma     | <input type="checkbox"/> Coprológico                 |                                                    |
| <input type="checkbox"/> RX Lumbo - Sacra       | <input type="checkbox"/> KOH Uñas                    |                                                    |

### Concepto Médico Laboral (Evaluación Psico - Física)

| Examen Médico Ingreso<br>(Aplica también para Reintegro)                                                                                       | Examen Médico Periódico<br>(Aplica también para Cambio de Labor y Post-Incapacidad)                                                                                                      | Examen Médico Egreso                                                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> APTO: Clínicamente no presenta ninguna alteración de salud.                                                | No presenta alteraciones de salud.                                                                                                                                                       | Satisfactorio.                                                                                                                                                                           |
| APTO CON DEFECTO FÍSICO O PATOLOGÍA QUE NO LIMITA LA LABOR: Presenta alguna alteración de salud que no limita el normal ejercicio de su labor. | Presenta alguna alteración de salud no relacionada con el trabajo. Se remite o debe continuar manejo por EPS.                                                                            | Presenta alguna alteración de salud no relacionada con el trabajo. Se remite o debe continuar manejo por EPS.                                                                            |
| APLAZADO: Presenta alguna alteración de salud que requiere tratamiento o valoración antes de ingresar.                                         | Presenta alguna alteración de salud posiblemente relacionada con el trabajo. Se remite a la EPS para determinar profesionalidad del evento y manejo por la ARP en caso de ser necesario. | Presenta alguna alteración de salud posiblemente relacionada con el trabajo. Se remite a la EPS para determinar profesionalidad del evento y manejo por la ARP en caso de ser necesario. |
| NO APTO: Presenta alguna alteración de salud que puede complicarse con el trabajo.                                                             | Puede reincorporarse a sus labores habituales.                                                                                                                                           | No desea realizarse Examen Médico de Egreso por sentirse bien de salud.                                                                                                                  |

### Observaciones:

**APTO PARA LABORAR**

|                                        |             |                                   |    |                                |    |
|----------------------------------------|-------------|-----------------------------------|----|--------------------------------|----|
| Apto para trabajo en alturas:          | NA          | Apto para conducción vehicular:   | NA | Apto para manipulación cargas: | NA |
| Idóneo para trabajo espacio confinado: | NA          | Apto para manipulación alimentos: | NA | Requiere ser reubicado:        | NA |
| SI: Apto                               | NO: No Apto | NA: No Aplica                     |    |                                |    |

### Recomendaciones Generales y Laborales

| Recomendaciones                                                   | Según I.M.C.                                       | Manejo E.P.S. / A.R.P.                                | Inclusión S.V.E. Y/O Promoción y Prevención |
|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Control ocupacional periódico | <input type="checkbox"/> Dieta                     | <input type="checkbox"/> Control PyP por EPS          | <input type="checkbox"/> Salud visual       |
| <input checked="" type="checkbox"/> Higiene postural              | <input type="checkbox"/> Ejercicio regular         | <input type="checkbox"/> Se prescribe tratamiento     | <input type="checkbox"/> Cuidado auditivo   |
| <input checked="" type="checkbox"/> Utilización EPP               | <input type="checkbox"/> Valoración por nutrición  | <input type="checkbox"/> Remisión a EPS               | <input type="checkbox"/> Riesgo químico     |
| <input type="checkbox"/> Utilización Ortesis                      | <input type="checkbox"/> Descartar Enf. Metabólica | <input type="checkbox"/> Remisión a ARP               | <input type="checkbox"/> R. ergonómico      |
| <input type="checkbox"/> Medidas antivárices                      | <input type="checkbox"/> Valoración por EPS        | <input type="checkbox"/> Continuar seguimiento médico | <input type="checkbox"/> R. Cardiovascular  |
| <input type="checkbox"/> Evaluación puesto trabajo                |                                                    | <input type="checkbox"/> Control odontológico         | <input type="checkbox"/> R. Psicolaboral    |

| Nombre Especialista                                                                               | Firma y Sello | Firma del Trabajador |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------------------|
| DR Mauro R. Ruiz Torres<br>Medico General - unimetro RM: 47188<br>Esp: SGSST UCC. Licencia: 03779 |               | CC:                  |

DR MAURO R. RUIZ TORRES  
MEDICO GENERAL, UNIVERSIDAD METROPOLITANA  
ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO  
RM: 47188 RESOLUCION: 03779

---

## EXAMEN DE VISIOMETRIA

### DATOS PERSONALES:

FECHA 05 01 2026 MUNICIPIO: CIMITARRA SANTANDER

NOMBRE COMPLETO: JAIME ENRIQUE GUTIERREZ LIEVANO DOCUMENTO: 96.130.617

EDAD: 55 años GENERO: M CARGO: MAESTRO DE CONSTRUCCION EMPRESA: EJERCITO DE COLOMBIA

TIPO DE EVALUACION MEDICA: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

### ANTECEDENTES VISUALES:

FAMILIARES: NIEGA

PERSONALES: NIEGA

EXPOSICION LABORAL VISUAL: SI

LENTES DE CONTACTO: NO

MULTIFOCAL: N/A TIPO DE USO: N/A

USA ANTEOJOS: SI NO X

### SINTOMATOLOGIA:

NINGUNA

### AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCION:

OD: 20 / 20

OI: 20 / 20

AO: 20 / 20

### AGUDEZA VISUAL CON CORRECCION:

OD: 20 / 20

OI: 20 / 20

AO: 20 / 20

### EXAMEN EXTERNO:

OJO DERECHO: NORMAL

OJO IZQUIERDO: NORMAL

### COVER TEST:

VISION LEJANA: NORMAL

VISION PTOXIMA: NORMAL

**DR MAURO R. RUIZ TORRES**  
**MEDICO GENERAL, UNIVERSIDAD METROPOLITANA**  
**ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**  
**RM: 47188 RESOLUCION: 03779**

---

**REFLEJOS:**

OBSERVACIONES: PRESENTES Y NORMALES

**OFTALMOSCOPIA /FONDO DE OJO:**

OJO DERECHO: NORMAL

OJO IZQUIERDO: NORMAL

**MOTILIDAD OCULAR:**

OBSERVACIONES: NORMAL

**VISION COLOR:**

OJO DERECHO: NORMAL

OJO IZQUIERDO: NORMAL

**CODIGO**

**DIAGNOSTICO**

Z010      IDX: EXAMEN DE LOS OJOS Y DE LA VISION

**REMISION:**

\_\_\_\_\_

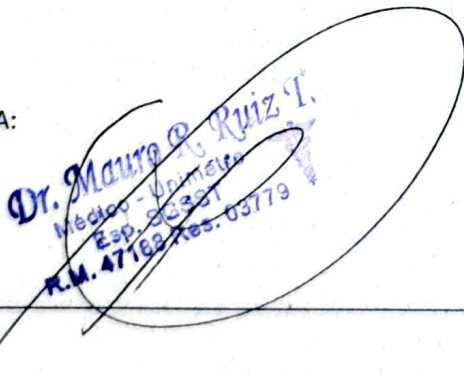
**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:**

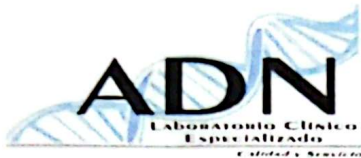
**PROTECCION VISUAL, USO DE EPP PROTECCION DEL SOL Y RAYOS UV**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**FIRMA:**

  
The stamp contains the following text:  
Dr. Mauro R. Ruiz T.  
Médico - Universitario  
Esp. Seguridad y Salud en el Trabajo  
R.M. 47188 Res. 03779



CALLE 7 # 3-32 BARRIO EL CENTRO

CIMITARRA - SANTANDER

CEL: 3004963593

### FONOAUDIOLOGÍA

| FECHA |     |      |
|-------|-----|------|
| DÍA   | MES | AÑO  |
| 5     | Ene | 2026 |

EXAMEN :

☒ INGRESO

☐ EGRESO

☐ PERIODICO

#### DATOS PERSONALES

NOMBRES: Jaime Enrique

APELLIDO: Gutiérrez

EDAD: 55a FN: 21 Mayo 1970

GÉNERO: M

HORARIO: \_\_\_\_\_

CEDULA 93 130 617

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

ENTIDAD: \_\_\_\_\_

TIEMPO EN EL CARGO: \_\_\_\_\_

TIEMPO DE SERVICIO: \_\_\_\_\_

TIEMPO DE EXPOSICIÓN AL RIESGO: \_\_\_\_\_

USO DE EPP: \_\_\_\_\_

SI: \_\_\_\_\_

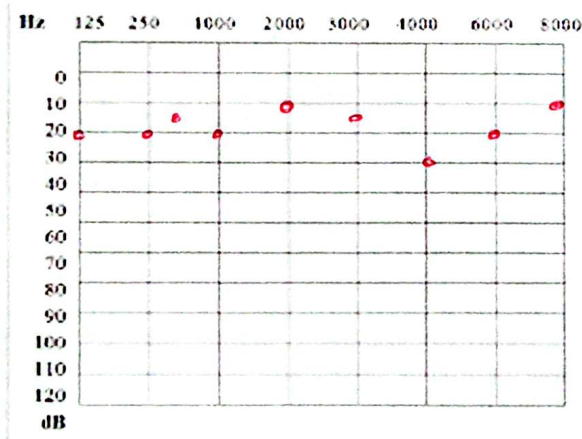
NO: \_\_\_\_\_

OTOSCOPIA: O.D

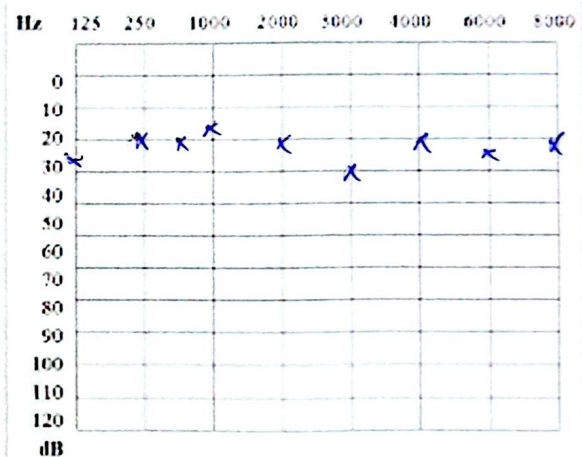
O.I: \_\_\_\_\_

### AUDIOMETRÍA

O.D



O.I



DIAGNÓSTICO AUDIOLÓGICO:

Audiometria dentro de los límites  
Normales

RECOMENDACIONES

FONOAUDIÓLOGA:

PACIENTE: