COMPENSALUD

IPS

IPS E.U. NIT.90339158-6

CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL



FECHA: 14 DE ENERO DE 2026

NOMBRE: YESID YAJADE ACOSTA SAAVEDRA

Cc/ ID 73186708

Tipo de Examen: INGRESO: X PERIÓDICO: EGRESO: TRABAJO EN ALTURAS: x

INFORMACION GENERAL

EMPRESA: METALICAS P&E SAS

CARGO: ARMADOR

RESULTADO EXÁMENES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

OPTOMETRÍA	NORMAL	CARDIOVASCULAR NORMAL SI
ESPIROMETRÍA	NORMAL	TRIGLICERIDOS SI
VISIOMETRIA	NORMAL	GLICEMIA SI
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR SI	NORMAL	QUÍMICA PARÁMETROS NORMALES SI
HEMOCLASIFICACIÓN A+	**ESTATURA 1.72/PESO: 70 kg**	AUDIOMETRÍA NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD PARA EL OFICIO

EXÁMEN DE INGRESO	SI	NO	EXÁMEN PERIÓDICO	SI	NO
APTO SIN RESTRICCIONES	X		APTO PARA SEGUIR DESEMPEÑANDO EL CARGO		
APLAZADO		X	REQUIERE DE RESTRICCIONES DE ACTIVIDADES		
APTO CON RESTRICCIONES		X	REQUIERE DE REUBICACIÓN LABORAL TEMPORAL		
EXÁMEN MÉDICO PREOCUPACIONAL	X		REQUIERE DE REUBICACIÓN LABORAL PERMANENTE		
APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS	X		PRESENTA ALTERACION SALUD		
APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS	X		REMISION A EPS		

EXÁMEN DE RETIRO	SI	NO
Se encuentran alteraciones clínicas con respecto al examen de ingreso?		
Estas alteran la futura capacidad laboral del trabajador?		

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TRABAJADOR

Autorizo al doctor(a) mencionado(a) a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento, me han informado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido que analizar los beneficios y la interpretación de limitación y riesgo del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas de proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por este examen son completas y verídicas, la información registrada en este documento para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido lo anterior y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Se autoriza al trabajador para laborar, según resultados del cuestionario, valorización médica ocupacional

SI(X) NO( )

PACIENTE APTO PARA TRABAJAR (SI)

Dr. Francisco Javier Gómez Pinilla
Médico Cirujano U. Nacional
Salud Ocupacional Profesional 11033 Minsalud
Registro Médico Distrital 7972
Salud Ocupacional Cund. Res. 25-2540

FIRMA DEL MÉDICO



FIRMA DEL PACIENTE

CALLE 27 SUR #21-49 OLAYA
CEL WHATSAPP: 3170664902
CORREO: COMPENSALUD.VERIFICACIONES@GMAIL..COM

Scanned with CamScanner