



EQUIVIDA
salud ocupacional S.A.S
NIT. 900.491.982-8
LSO 112707 JUNIO DE 2012

CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL

Villavicencio : Calle 32 No. 39 - 35 Barrio Barzal - Antigua DIAN - Tel.: 684 97 25 Cel: 322 309 8948
Tel.: 684 97 25 Cel.: 322 309 8948
Acacias: Calle 13 No. 12 - 44 Barrio Juan Mellao - Cel. 322 309 8942

NOMBRE DE LA EMPRESA Y CENTRO DE TRABAJO	CIUDAD	FECHA DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL	HORA
Alcaldía de Pereira	Vico	24/02/2025	

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES:	Jos Enrique	APELLIDOS:	Salinas López
C.C:	9.873.975	EDAD:	42 años
		CARGO:	Abogado Especializado

TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL - Rehúsa examen médico ☐

INGRESO	☒	PERIÓDICO	☐	EGRESO	☐	REUBICACIÓN	☐	REINT. LABORAL	☐	VAL. MD.	☐	BRIGADISTA	☐
---------	-------------------------------------	-----------	--------------------------	--------	--------------------------	-------------	--------------------------	----------------	--------------------------	----------	--------------------------	------------	--------------------------

VALORACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

EL ASPIRANTE NO PRESENTE ALTERACIÓN EN SU ESTADO DE SALUD, PUEDE DESEMPEÑAR FUNCIONES ESPECÍFICA DEL CARGO	☒	EL ASPIRANTE ACTUAL PRESENTA CONDICIÓN DE SALUD MODIFICABLE, PUEDE LABORAR CON RECOMENDACIONES	☐
EL ASPIRANTE ACTUAL PRESENTA CONDICIÓN DE SALUD NO ADECUADA PARA LA LABOR ESPECÍFICA.	☐	PACIENTE NO TERMINA CON EL PROCESO	☐

APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS SEGÚN DECRETO 3075 DE 1997 NTC -USMA 007:	SI:	☐	NO:	☐	NO APLICA	☒
---	-----	--------------------------	-----	--------------------------	-----------	-------------------------------------

APTO PARA TRABAJOS EN ALTURAS SEGÚN RS. 1409 DE JULIO 23/2012 Y RS. 1903 DE JUNIO 7/2013:	SI:	☐	NO:	☐	NO APLICA	☒
---	-----	--------------------------	-----	--------------------------	-----------	-------------------------------------

APTO PARA TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS SEGÚN DECRETO 1335/87, 2090/2003:	SI:	☐	NO:	☐	NO APLICA	☒
---	-----	--------------------------	-----	--------------------------	-----------	-------------------------------------

APTO PARA CONDUCCIÓN (SEGÚN RESOLUCIÓN 736 DE 2009 Y 3673 DE 2008)	SI:	☐	NO:	☐	N/A	☒	Ex Psicoscén	SI:	☐	NO:	☐
--	-----	--------------------------	-----	--------------------------	-----	-------------------------------------	--------------	-----	--------------------------	-----	--------------------------

OTRO ENFASIS	osteomuscular	SI	☒	NO	☐	N/A	☐
--------------	---------------	----	-------------------------------------	----	--------------------------	-----	--------------------------

VALORACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL PERIÓDICA N/A

PUEDE CONTINUAR REALIZANDO LA LABOR	☐	REASIGNACIÓN DE FUNCIONES	☐	PACIENTE NO TERMINA CON EL PROCESO	☐
SE ENVÍA A SU ARL PARA MANEJO	☐	REUBICACIÓN TEMPORAL	☐	SE RECOMIENDA VALORACIÓN MEDICA EN SU EPS	☐

VALORACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE RETIRO N/A

SE REALIZÓ VALORACIÓN MEDICA DE EGRESO	☐	NO SE REALIZÓ VALORACIÓN MEDICA DE EGRESO	☐	PACIENTE NO TERMINA CON EL PROCESO	☐
--	--------------------------	---	--------------------------	------------------------------------	--------------------------

PARACLINICOS	FECHA			RESULTADO	RECOMENDACIONES
AUDIOMETRÍA:	D	M	A		
OPTOMETRÍA:	D	M	A		
ESPIROMETRÍA:	D	M	A		
ELECTROCARDIOGRAMA:	D	M	A		
RX CLS	D	M	A		
OTROS	D	M	A		

LABORATORIOS	
GLICEMIA: mg/ml - CT:	mg/ml - CHDL:
mg/ml - CLDL:	mg/ml - TGS:
mg/ml, - G/ Rojos:	G/Blan:
Hb:	HTO:
%VDRL: (+) (-) - BUN	mg/ dl - CREATININA:
- TGO:	TGP:
P. de O.: Normal ☐ Anormal ☐ COPROLOG: Normal ☐ Anormal ☐ - KOH: (+) (-) - FROTIS FARINGEO: Normal ☐ Anormal ☐	
RH: (+) (-) BAAR: (+) (-) COLINESTERASA:	U/ml. Fsp: Normal ☐ Anormal ☐ R/to Plaquetas:
Coproductivo: (+) (-) Cultivo Faringeo: (+) (-) Panel toxicológico: (+) (-) Fosfatasa alcalina	Acido Úrico

RECOMENDACIONES

☒ Se envía a su EPS para valoración - Signo de enfermedad profesional que debe ser valorada por su EPS
☒ Se envía a su EPS para valoración - Patología preexistente.
☒ Se envía a su ARL para seguimiento del caso - Secuela de accidente de trabajo

Actuando firma regular, flabtos salubres, autocurado.
pausas activas en digitación continua.

Firma y Sello	Paciente
Firma y Sello	
Número de tarjeta profesional y Resolución S.O. 15834 / 3441	Firma y Sello
	Número de C.C.