MEDIPAZ IPS

NIT. 830.136.311-5

MEDIPAZ IPS

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL

(TRABAJO SEGURO EN ALTURAS Y/O ESPACIOS CONFINADOS)

FECHA:04/05/2026

TIPO DE EXAMEN: **INGRESO** [X] **PERIODICO** [ ] **RETIRO** [ ]

INFORMACION GENERAL:

NOMBRE DEL TRABAJADOR: LAURA VALENTINA VELEZ GIL **Sexo:** [F]

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.C [X] **T.I.** [ ] **C.E** [ ] **NUMERO:** 1.006.148.096 **Edad:** 23 **AÑOS**

EPS: Nueva EPS **CARGO:** SISO

Empresa: CONSTRUCCIONES SOBRE LA ROCA RR SAS **NIT:** 901606065-9



RESULTADO EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

EXÁMEN REALIZADO			RESULTADO			OBSERVACIONES
GLICEMIA			NORMAL			
PERFIL LIPIDICO			NORMAL			
PSICOTEST DE ALTURAS			NORMAL			
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR			NORMAL			
AUDIOMETRIA (ESCALA LARSEN)			SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL			
ESPIROMETRIA (KNUDSON)			SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL			
OPTOMETRIA			SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL			
PRUEBAS NEUROLOGICAS CLINICAS			SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL			
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS EN ALTURAS			SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL			
HEMOCLASIFICACION	O+	**ESTATURA**	1.68 CM	**PESO**	70 KG	

CONCLUSIONES

1. **RECOMENDACIONES: Remisión EPS – IPS** **SI** [ ] **NO** [X] **Tratamiento:** **SI** [ ] **NO** [X] **¿Cuál?**_____

2. **Otras Recomendaciones:** REALIZAR PAUSA ACTIVA, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, HÁBITOS DE HIGIENE POSTURALES ADECUADOS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL, AUDITIVA Y PERSONAL DURANTE LA JORNADA LABORAL, SEGUIR PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO SEGURO-CAPACITACIONES SEGÚN CARGO, HACER PERIÓDICAMENTE LOS EXÁMENES DE VALORACIÓN OCUPACIONAL.

CONCEPTO DE APTITUD PARA EL OFICIO

EXAMEN DE INGRESO
APTO PARA EL CARGO [X] **APTO PARA TRABAJAR ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS** [X] **APTO CON RESTRICCIONES** [ ]
NO APTO [ ]
OBSERVACIONES:
EXAMEN PERIODICO
APTO PARA CONTINUAR DESEMPEÑANDO EL CARGO **SI** [ ] **NO** [ ] **REQUIERE DE REUBICACIÓN LABORAL** **SI** [ ] **NO** [ ]
APTO PARA TRABAJAR ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS [ ]
OBSERVACIONES:
EXAMEN DE EGRESO
¿Se encuentran alteraciones clínicas con respecto al examen de ingreso? **SI** [ ] **NO** [ ] **CUAL:**
¿Estas alteraciones afectan la futura capacidad laboral del trabajador? **SI** [ ] **NO** [ ]

RECOMENDACIONES: Consentimiento informado del aspirante o trabajador: Autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor (a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoria brindada. Entiendo que la realizacion de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y veridicas. Autorizo al Doctor (a) para que suministre a las personas o entidades complementadas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la historia clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente, manifiesto que he leido y comprendido perfectamente lo anterior y todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Responsable: Dra. Karen Liseth Ibañez Hernández
Medico esp. En salud ocupacional
RM: 1144147508
Universidad libre de Cali
Licencia salud ocupacional
1436-19
Cali

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Laura Valentina Vélez

FIRMA PACIENTE