Medicina Laboral

DR. WILSON RIVEROS MONTAÑA
Médico Cirujano. Univ. Nacional de Colombia
Salud Ocupacional. UPTC

NIT: 9534963

CONTACTOS
3138309153
wilsonriverosm.medocupacional@gmail.com
CR 9 A 14 46
Sogamoso (Boyacá)

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL



CIUDAD / DEPARTAMENTO:	SOGAMOSO, BOYACÁ	**FECHA:**	**DÍA:**	18	**MES:**	ENERO	**AÑO:**	2025	
NOMBRES Y APELLIDOS:	NICOLÁS STEVAN BERRIO CASTAÑEDA								
TIPO DI.:	CÉDULA CIUDADANÍA	**No. DI.:**	1023876427		**EDAD:**	18 año(s) 6 mes (es) 26 día(s)	**SEXO:**	MASCULINO	
EMPRESA:	INDEPENDIENTE (CÉDULA CIUDADANÍA: 0)								
CARGO:	PORTERO					**TIPO DE EXAMEN**			

IINGRESO:_SI_ EGRESO: __ PERIÓDICO PROGRAMADO: __ CAMBIO DE CARGO: __ POSINCAPACIDAD: __ DE BASE: __ OTRO: __

Hacemos constar que en la fecha hemos realizado el Examen de Salud Ocupacional al Trabajador Suscrito, teniendo como apoyo las pruebas complementarias del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo de la Empresa Respectiva y que se especifican a continuación:

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS SISTEMA DE GESTIÓN

PRUEBA	OBSERVACIÓN	PRUEBA	OBSERVACIÓN
Medicina Ocupacional	SI	Rx. Tórax	NO
Osteomuscular	SI	Rx. Col. Lumbo Sacra	NO
Optometría	NO	Psicología	NO
Laboratorios	NO	Psicosensométrico	NO
Espirometría	NO		
Audiometría	NO		
Visiometría	NO		
Tamizaje Visual	SI		
Electrocardiograma	NO		

RESULTADOS DE LA VALORACIÓN

Apto para el cargo que aspira	SI	Aplazado	//		
Apto para trabajo en alturas	//	Requiere nueva valoración	//		
Apto para espacios confinados	//	Requiere evaluar reubicación laboral	//		
Apto para continuar en el cargo	//	No apto para el cargo que aspira	//		
Apto para manipular alimentos	//	Puede egresar	//		

RECOMENDACIONES – OBSERVACIONES

Uso de Elementos de Protección Personal (EPP), de acuerdo al cargo y funciones específicas	SI	Corrección visual permanente	//	Toma de niveles de Hepatitis B posvacunación	//
Control periódico en su EPS de primer nivel: Medicina y Odontología general, Optometría, Programas de Promoción y Prevención, etc.	SI	Dieta y ejercicio	//	Revisar carnet de vacunación //	//
Hábitos de vida saludable. Pausas activas. Alternar uso de manos	SI	Filtro solar facial	//	Protección naso – bucal con filtros adecuados	//
Evitar manipular herramientas de corte y precisión, trabajos con redes eléctricas y/o otras actividades que necesariamente impliquen adecuada visión cromática	//	Uso de guantes antialérgicos	//	Evitar jornadas largas y extenuantes de trabajo	//
Evitar conducir de noche, en condiciones medio-ambientales adversas: llovizna, niebla, etc.	//	Doble protección auditiva	//	Seguimiento en EPS-ARL para determinar origen	//
Valoración optometría	SI	Conducir con ventanilla cerrada, no exceder el volumen del radio y/o televisor	//		
Visión lejana con corrección	//	Prótesis auditiva permanente	//		
Corrección esfuerzo visual: computador, lectura, etc.	//	Higiene de columna vertebral	SI		
Visión cercana con corrección	//	No cargas pesadas superiores a QUINCE kg. Bimanual por TRES MESES	SI		
Actualizar fórmula optométrica	//	Evitar movimientos bruscos, repetitivos y prolongados de //	//		
Filtro ocular solar, computador, etc.	//	Pausas activas cada // horas por 5 a 10 minutos	//		
Fórmula optométrica con filtros especiales	//	Usar medias de compresión	//		

REMISIÓN – VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Remisión	//														
Vigilancia Epidemiológica	SI	Ergonómico	SI	Auditivo	//	Visual	//	Cardiovascular	//	Respiratorio	//	Otro			

FUNCIONARIO RESPONSABLE:

WILSON RIVEROS MONTAÑA
Medicina especializada, Medicina Laboral
Registro Profesional: 15515/97--LSO0387/23

PACIENTE:

NICOLÁS STEVAN BERRIO CASTAÑEDA



CERTIFICO QUE: 1. Asisto de manera libre, voluntaria y sin presiones a realizarme el Examen Médico Laboral para determinar mi Estado de Salud y Aptitud para el Cargo que aspiro. 2. Se me informaron los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de practicarme dicho Examen. **AUTORIZO:** 1. A suministrar la información del Certificado Médico de Aptitud Laboral al Empleador. 2. Que la información de mi historia clínica se use con fines estadísticos, realizar y presentar el informe de Condiciones de Salud a la Empresa. 3. Al Médico A REALIZAR historia clínica y examen físico de acuerdo a los parámetros de Semiología Médica (me explicaron ampliamente, aclaré dudas). **ENTIENDO QUE:** 1. SI NO INFORMO adecuadamente y con la verdad todos los datos necesarios, se pueden ocasionar confusiones en el diagnóstico o errores en la selección de las conductas, por lo que no serán atribuibles al Médico. 2. NO TRAMITO las Remisiones, pueden presentarse inconvenientes con mi salud ajenas al actuar del Médico.

Naxvan Soft
www.naxvansoft.com