Medicina Laboral
Los mejores estándares de calidad al servicio de su Organización

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

Cédula ciudadanía: 9534963

CONTACTOS
3138309153 - 0387750615
wilsonriverosm.medocupacional@gmail.com
Carrera 9A No. 14 -77
Sogamoso (Boyacá)

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL



CIUDAD / DEPARTAMENTO:	SOGAMOSO, BOYACÁ	**FECHA:**	**DÍA:**	18	**MES:**	AGOSTO	**AÑO:**	2023
NOMBRES Y APELLIDOS:	DORIA NOSSA SALAMANCA							
TIPO DI.:	CÉDULA CIUDADANÍA	**No. DI.:**	46357984		**EDAD:**	60 año(s) 7 mes (es) 8 día(s)	**SEXO:**	FEMENINO
EMPRESA:	INDEPENDIENTE (CÉDULA CIUDADANÍA: 0)							
CARGO:	ASESOR					**TIPO DE EXAMEN**		

INGRESO: SI EGRESO: __ PERIÓDICO PROGRAMADO: __ CAMBIO DE OCUPACIÓN: __ 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	Correción visual permanente	SI	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, etc.	//	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	//	Conducir con ventanilla cerrada	//		
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 // kg. Bimanual	//		
Actualizar fórmula optométrica	//	Evitar movimientos bruscos, repetitivos y prolongados de //	//		
Filtro ocular solar, computador, etc.	SI	Pausas activas cada // horas por 5 a 10 minutos	//		
Fórmula optométrica con filtros especiales	//	Uso medias antiváricas	//		

REMISIÓN – VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Remisión	SI														
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:

Doria Nossa Salamanca

DORIA NOSSA SALAMANCA



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