

**INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD**

**Tipo certificación:** Ingreso ☒ Periódico ☐ Retiro ☐ Post incapacidad ☐ Caso ocupacional ☐  
Control ☐ Reubicación ☐ Ingreso al SVE ☐ Trabajo en alturas ☐

**DATOS DEL PACIENTE**

Fecha **03/03/2020 11:10:00** Empresa **PARTICULAR**

Nombre **ALBERT TOMAS RANGEL FLOREZ**

Cargo **CONDUCTOR**

Doc. Identidad **CC 13567153**



**SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES EXAMENES CLÍNICOS Y PARACLÍNICOS**

1 PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	2	3
4	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN	EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para el cargo	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aplazado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Requiere restricciones de actividades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apto con restricciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Requiere reubicación laboral temporal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apto para trabajar en alturas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Requiere reubicación laboral permanente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apto para trabajar en espacios confinados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Apto para trabajar en alturas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Apto para trabajar en espacios confinados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apto para participar en la brigada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Apto para trabajar en alturas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
					EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
					Sospecha de enfermedad Profesional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
					Secuelas de Accidentes de Trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
					Enfermedad Común	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA**

Visual ☐ Auditivo ☐ Respiratorio ☐ Cardiovascular ☒ Psicosocial ☐ Ergonómico ☐ Otros ☐

**REMISIÓN** SI ☒ NO ☐ **ARL** SI ☐ NO ☒ **EPS** SI ☒ NO ☐

**CONCLUSIONES OCUPACIONALES**

De acuerdo con el examen ocupacional de ingreso realizado durante las evaluaciones se evidenció la necesidad de hacer un seguimiento médico para optimizar su estado de salud, pero este no interfiere con la realización de la labor para la cual aspira.

**CONDUCTAS OCUPACIONALES PREVENTIVAS**

Inducción y capacitaciones periódicas para desarrollar las actividades del cargo. Pausas activas en el trabajo a diario y todo lo necesario en relación al trabajo a realizar.

**RECOMENDACIONES GENERALES**

Realizar cambios en los hábitos y estilo de vida saludable, disminuir el consumo de carbohidratos y sodio, suspender consumo de bebidas azucaradas, aumentar la ingesta de frutas y verduras, realizar ejercicio aeróbico de bajo impacto articular y de fuerza al menos de 30 a 60 minutos, 5 a 6 veces por semana, realizar cambios en los hábitos e higiene postural tanto en posición de pie como sentado. Se remite a su EPS para seguimiento y control.

**INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD**

**CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD OCUPACIONAL**

**APTO PARA EL CARGO CON RECOMENDACIONES**

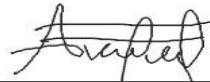
CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE: Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mí el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínicos ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el (los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomará la compañía Gemesoc S.A.S, para proteger la confidencialidad de mis resultados. Tengo derecho a solicitar y/o recibir copia de la valoración médica ocupacional. Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son verídicas. Autorizo a la compañía Gemesoc S.A.S., para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.



Dr. Juan Carlos Torres Ascanio  
Médico General  
Especialista Salud Ocupacional  
P.M. 2733 Res. 0315

JUAN CARLOS TORRES ASCANIO  
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL  
CC: 91488896 RM: 2733



Trabajador: ALBERT TOMAS RANGEL FLOREZ  
CC: 13567153

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biométrica

Dirección: CALLE 37 NRO 35-37 LC2 Teléfono: 6984848

Email: gemesocsas@gmail.com