

**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 **02/06/2022 08:16:00** Empresa **TRANSPORTE SEGURO Y ESPECIALIZADO S.A.S**  
 Nombre **RUTH LORENA DE LOS ANGELES DIAZ**  
 Cargo **ANALISTA DE TALENTO HUMANO** Doc. Identidad **CC 1032380901**



**SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS**

1 EXAMEN MEDICO DE INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR, TAMIZAJE VISUAL	2 AUDIOMETRÍA	3 VISIOMETRIA
4	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA.	FALTA INFORMACIÓN	EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Cumple para el cargo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cumple para el cargo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cumple con restricción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cumple con restricción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cumple con recomendación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cumple con recomendación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cumple para el trabajo en alturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cumple para trabajo en alturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cumple para espacios confinados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cumple para espacios confinados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cumple para manipulación de alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cumple para manipulación de alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aplazado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aplazado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

**EXAMEN DE RETIRO**

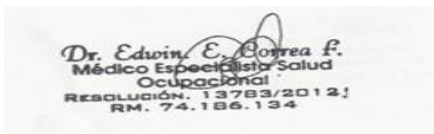
	SI	NO
Retiro satisfactorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Examen de retiro satisfactorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA**

Visual  Auditivo  Respiratorio  Cardiovascular  Psicosocial  Ergonómico  Otros

**REMISIÓN** SI  NO  **ARL** SI  NO  **EPS** SI  NO

IMC23.88  
 EXAMEN OSTEOMUSCULAR SIN ALTERACIONES  
 AUDIOMETRIA EN PARAMETROS NORMALES



EDWIN EDGARDO CORREA FIGUERO  
 ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL  
 RM : 74.186.134

*[Handwritten Signature]*

Trabajador: RUTH LORENA DE LOS ANGELES  
 CC 1032380901

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad




Captura Biometrica

**INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD**

LABORATORIOS DENTRO DE RANGOS  
OPTOMETRIA NORMALES

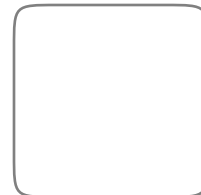
Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

  
Dr. Edwin E. Correa F.  
Médico Especialista Salud  
Ocupacional  
RESOLUCIÓN: 13783/2012  
RM. 74.186.134

EDWIN EDGARDO CORREA FIGUEREDO  
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL  
RM : 74.186.134



Trabajador: RUTH LORENA DE LOS ANGELES  
CC 1032380901  
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biométrica