

**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 **04/06/2022 09:52:00** Empresa **TRANSPORTE SEGURO Y ESPECIALIZADO S.A.S**  
 Nombre **VANESSA DEL PILAR RIVERA MARTINEZ**  
 Cargo **AUXILIAR TÉCNICO DE CONTROL** Doc. Identidad **CC 1129530959**



**SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS**

1 EXAMEN MEDICO DE INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR, TAMIZAJE VISUAL	2 VISIOMETRIA	3 AUDIOMETRÍA
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"/>							<b>EXAMEN DE RETIRO</b>				<b>SI</b>		<b>NO</b>	
											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

RECOMENDACIONES PREVENTIVAS: MANTENER ADECUADA HIGIENE POSTURAL , EMPLEAR PAUSAS ACTIVAS DIARIAS DURANTE LA ACTIVIDAD LABORAL ,SEGUIR NORMAS DE HIGIENE Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO SIN ALTERACION OSTEOMUSCULAR

Dra. María Catalina Pinzón  
 Esp. Salud Ocupacional  
 L.S.O. 11277/2017  
 R.M. 731809/2011

Dra. María Catalina Pinzón Rodríguez  
 L.S.O. 11277/2017  
 R.M.731809/2011.

Trabajador: VANESSA DEL PILAR RIVERA  
 CC 1129530959

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

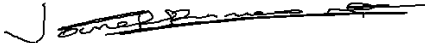
**INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD**

DIETA HIPOCALORICA  
IMC:25.82  
AUDIOMETRIA NORMAL  
VISIOMETRIA NORMAL

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

  
Dra. María Catalina Pinzón  
Esp. Salud Ocupacional  
L.S.O. 11277/2017  
R.M. 731809/2011

Dra. María Catalina Pinzon Rodriguez  
L.S.O. 11277/2017  
R.M.731809/2011.



Trabajador: VANESSA DEL PILAR RIVERA  
CC 1129530959

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biométrica