

**CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL DE APTITUD LABORAL**  
**DR. HERNAN EDUARDO MEDINA// ESPEC. SALUD OCUPACIONAL LICENCIA N° 7953/2022 SSM contacto: 3204697870**

**1. INFORMACION DE LA EMPRESA**

|  |            |         |               |                      |                               |
|--|------------|---------|---------------|----------------------|-------------------------------|
| NOMBRE DE LA EMPRESA: CONSORCIO UNIDOS 2025 NIT: 901923800-5 |            |         |               |                      |                               |
| FECHA:   | 07/03/2025 | CIUDAD: | VILLAVICENCIO | DPTO:                | META                          |
| TIPO DE EXAMEN:<br>INGRESO                                   | X          | EGRESO  | PERIODICO     | POST-<br>INCAPACIDAD | OTRO: X ENFASIS OSTEOMUSCULAR |

**2. INFORMACION DEL TRABAJADOR**

|  |  |                       |                        |         |     |
|--|--|-----------------------|------------------------|---------|-----|
| NOMBRES Y APELLIDOS: JAIRO ORLANDO ROJAS PIÑEROS |  |                       |                        |         |     |
| DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 17.319.225               |  |                       | EDAD: 64 AÑOS          | SEXO: F | M X |
| DIRECCION: CALLE 39# 33-61                       |  | CIUDAD: VILLAVICENCIO | TELEFONO: 3208082098   |         |     |
| CARGO: CONDUCTOR                                 |  | EPS: SANITAS          | GRUPO SANGUINEO: A (+) |         |     |

**3. EXAMENES PARACLINICOS REALIZADOS**

|                    |   |                     |     |                 |                     |                              |
|--------------------|---|---------------------|-----|-----------------|---------------------|------------------------------|
| AUDIOMETRIA        | X | C. HEMATICO         | TGO | COPROLOGICO     | P. SICOSENSOMETRICA | X                            |
| OPTOMETRIA         | X | PARCIAL DE<br>ORINA | TGP | FROTIS FARINGEO | P. PSICOTECNICA     |                              |
| ESPIROMETRIA       |   | GLICEMIA            | X   | VDRL            | KOH UÑAS            | PERFIL LIPIDICO              |
| ELECTROCARDIOGRAMA |   | COLESTEROL          |     | GRAVIDEZ        | BACILOSCOPIA        | VACUNA ANTITETANICA          |
| RX DE TORAX        |   | TRIGLICERIDOS       |     | PSA             | COLINESTERASA       | OTROS: ENFASIS OSTEOMUSCULAR |
| RX DE COLUMNA      |   | CREATININA          |     | ALCOHOLEMIA     | HEMOCLASIFICACION   | X                            |

**4. CONCEPTO MEDICO LABORAL**

| EXAMEN DE INGRESO   |   | EXAMEN PERIODICO   |  |  |  | EXAMEN DE RETIRO  |  |  |
|---|---|--|--|--|--|---|--|--|
| CUMPLE CON LOS REQUISITOS NECESARIOS PARA EL PERFIL DEL CARGO               | X | SATISFACTORIO  |  |  |  | SATISFACTORIO   |  |  |
| PRESENTA CONDICIONES DE SALUD QUE NO DISMINUYEN SU CAPACIDAD LABORAL        |   | SIGNOS Y SINTOMAS DE ENFERMEDAD GENERAL QUE DEBEN SER VALORADOS POR LA EPS |  |  |  | CON PATOLOGIA DE ORIGEN COMUN QUE DEBE SER VALORADA POR LA EPS      |  |  |
| APLAZADO POR PRESENTAR PATOLOGIA QUE REQUIERE SE TRATADA PARA SU CORRECCION |   | SE DEBEN REASIGNAR FUNCIONES, REUBICAR, ANALIZAR PUESTO DE TRABAJO         |  |  |  | SECUELAS DE ACCIDENTE DE TRABAJO                                    |  |  |
| NO CUMPLE CON LOS REQUISITOS DEL PERFIL DEL CARGO                           |   | SIGNOS DE ENFERMEDAD PROFESIONAL QUE DEBEN SER VALORADOS POR LA EPS/ARL    |  |  |  | SIGNOS DE ENFERMEDAD PROFESIONAL QUE DEBEN SER VALORADOS POR LA ARP |  |  |

**5. OBSERVACIONES:**

|                              |    |    |    |                               |    |    |    |                            |    |    |    |
|------------------------------|----|----|----|-------------------------------|----|----|----|----------------------------|----|----|----|
| APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS | SI | NO | NA | APTO PARA CONDUCCION          | SI | NO | NA | APTO PARA MANIPULAR CARGAS | SI | NO | NA |
| APTO ESPACIOS CONFINADOS     | SI | NO | NA | APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS | SI | NO | NA | REQUIERE SER REUBICADO     | SI | NO | NA |

**6. RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES**

| SEGUN IMC                   | MANGIO EPS/ARL           | RECOMENDACIONES        | INCLUIR EN SVE |
|-----------------------------|--------------------------|------------------------|----------------|
| DIETA                       | CONTROL PYP POR EPS      | CONTROL OCUPACIONAL    | X AUDITIVO     |
| EJERCICIO REGULAR           | REMISION A EPS           | HIGIENE POSTURAL       | X VISUAL       |
| VALORACION POR NUTRICION    | REMISION A ARL           | USO DE EPP APROPIADOS  | RESPIRATORIO   |
| DESCARTAR ALTERACION METAB. | SE PRESCRIBE TRATAMIENTO | AYUDAS ERGONOMICAS     | ERGONOMICO     |
|                             | CONTINUAR MANEJO MEDICO  | EVALUACION PTO TRABAJO | QUIMICO        |
|                             |                          | MEDIDAS ANTI VARICES   | CARDIOVASC     |

RESOLUCION 2346/07 LA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL, LOS DOCUMENTOS, EXAMENES O VALORACIONES PARACLINICAS SON CONFIDENCIALES Y HACEN PARTE DE LA RESERVA PROFESIONAL.

TEL 3204697870

Dr Hernan Medina  
Medico Ocupacional



*Hernan E. Medina C.*  
Medico Ocupacional  
Rnc. 805/2007  
Especialista en Salud Ocupacional  
Rnc. 7953/2022

FIRMA MEDICO OCUPACIONAL

*Souza JP*  
FIRMA Y CC DEL TRABAJADOR