|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **EMPRESA** | **CIUDAD** |  | **FECHA** | | |
|  |  |  | **Año** | **Mes** | **Día** |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| PRIMER APELLIDO |  | SEGUNDO APELLIDO |  | NOMBRE(S) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Identificación: | C.C. |  | T.I. |  | C.E. |  | Número |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Cargo |  |  | Antigüedad | Años |  | Meses |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dirección Residencia actual |  | Teléfono(s) |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Correo electrónico |  | Celular(s) |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **CONCEPTO** |

**EXAMEN DE INGRESO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | |
| Apto | Sí |  | No |  |
|  | | | | |
|  | | | | |
| Apto con limitaciones que no interfieren con el trabajo | Sí |  | No |  |
|  | | | | |
|  | | | | |
| No apto temporalmente, aplazado | Sí |  | No |  |
|  | | | | |
|  | | | | |
| Requiere exámenes complementarios | Sí |  | No | Cuál(es): |
|  | | | | |
|  | | | | |
| No apto para el trabajo que aspira | Sí |  | No |  |
|  | | | | |

**EXAMEN PERIODICO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | |
| Satisfactorio | Sí |  | No |  |
|  | | | | |
|  | | | | |
| Se debe reasignar funciones, reubicar, analizar puesto de trabajo | Sí |  | No |  |
|  | | | | |
|  | | | | |
| Secuela de accidente de trabajo | Sí |  | No |  |
|  | | | | |
|  | | | | |
| Signos de enfermedad profesional que deben ser valoradas por su EPS | Sí |  | No | Cuál(es): |
|  | | | | |

**EXAMEN MÉDICO DE RETIRO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | |
| Satisfactorio | Sí |  | No |  |
|  | | | | |
|  | | | | |
| Con limitaciones que deben ser valoradas por su EPS | Sí |  | No |  |
|  | | | | |
|  | | | | |
| Secuela de accidente de trabajo | Sí |  | No |  |
|  | | | | |
|  | | | | |
| Signos de enfermedad profesional que deben ser valoradas por su EPS | Sí |  | No | Cuál(es): |
|  | | | | |
|  | | | | |
| No se realizó examen médico | Sí |  | No | Cuál(es): |
|  | | | | |

Por favor describir las observaciones por las cuales:

* El aspirante es ***apto con restricciones*** o con ***enfermedades que no interfieren con su capacidad laboral***, o ***no es apto***, o el motivo del ***aplazamiento.***
* Se debe ***reubicar o reasignar funciones***, ***procedimientos por secuelas de accidente de trabajo*** o ***conducta por signos y síntomas de enfermedad profesional*** y/o recomendaciones por ***examen satisfactorio.***
* Hay ***limitaciones*** ***que deben ser valoradas por su EPS***, ***procedimientos por secuelas de accidente de trabajo*** o ***conducta por signos y síntomas de enfermedad profesional*** y/o recomendaciones por ***examen satisfactorio.***

|  |
| --- |
| **RECOMENDACIONES LABORES Y PARA LOS SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA** |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOMBRE DEL MÉDICO:** |  | **REGISTRO MÉDICO** |
|  |  |
| Firma del Médico: |  |  |