Dra. Julia Hernández Vergara
ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
UNIVERSIDAD MANUELA BELTRAN
CALLE 7 No. 7-58 TEL: 3157623402

CERTIFICACION MEDICA OCUPACIONAL



14/12/2022 **CIUDAD:** FUSAGASUGA

DATOS DEL TRABAJADOR, CONTRATISTA O ASPIRANTE

Nombre: Karol Daniela Sabogal Jimenez. **Edad:** 24 AÑOS

Identificación: C.C 1069759334. **Género:** F

Cargo: Docente. **Área:** Actividad Física.

NOMRE DE LA EMPRESA: IDERF.

TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL REALIZADO:

Pre ocupacional: X	Curso de alturas:	Periódico:	Pos incapacidad:
Ingreso:	Cambio de Ocupación:	Egreso o Retiro:	

EXMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS: Preocupacional con énfasis: Osteomuscular y musculoesquelético normales. Equilibrio y coordinación motriz en rango normal.

CONCEPTO PARA EXAMENES DE INGRESO O PERIODICOS

Descripción	SI	NO	NO APLICA	APLAZADO
Limitaciones o restricciones		X		
cumple con los requisitos de salud para Alturas			X	

Descripción de la restricción: NINGUNA.

DESCRIPCION PARA TODOS LOS EXAMENES INCLUYENDO LOS DE EGRESO

Sospecha o detección de:	SI	NO	EN ESTUDIO
Accidente de trabajo no reportado		X	
Enfermedad Laboral		X	
Enfermedad Común		X	
Enfermedad agravada por el trabajo		X	
Secuelas de accidente laboral		X	

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual	X	Auditivo		Concerv. Voz		cardiovascular		Psicosocial		Ergonómica	X	Mecánico		Biológico	

REMISIONES: NINGUNA

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES: 1. Utilizar EEPP 2. Pausas activas 3. Ingesta regular de agua 4. Higiene postural 5. Atender normas de bioseguridad 6. Por su EPS: Visual periódico, tamizaje de rutina anual, citología anual. 7. ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.

CONCEPTO: APTA PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES.

Dra. Julia Hernandez Vergara
ESP. SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
UNIVERSIDAD MANUELA BELTRAN
RES. 25-0779 / C.C. 32624309

Dra. Julia Hernandez Vergara
RES. 25-0779 / CC 32624309

Consentimiento informado del asistente o Trabajador.

Yo Karol Daniela Sabogal Jimenez **Identificado con CC.** 1069759334.

Autorizo al profesional en mención a que me realice de manera voluntaria el examen Médico ocupacional, exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de este examen y /o complementarios necesarios y referenciados en este documento; Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgo. Certifico que la información que he suministrado es verdadera y completa. Acepto el manejo de confidencialidad que esta entidad de a la misma. Autorizo que la información recopilada pueda ser utilizada para la implementación de los sistemas de Vigilancia Epidemiológica de las empresas y la realización de los estudios de investigación con fines científicos. Se suministra la información necesaria a las personas o entidades competentes en la legislación para el desarrollo del sistema de gestión de la seguridad y la salud en el trabajo (SG-SST) Decreto 1443 de 2014.

En Constancia Firmo KAROL SABOGAL

A los 14 dias del mes de ENERO del año 2022