

Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: **SUBRED SUR**

FECHA: **03/02/2020 09:44:05**

PREOCUPACIONAL O INGRESO: ☒

POS-OCUPACIONAL O EGRESO

PERIODICO

NOMBRE Y APELLIDO: **YENNIETH FARFAN VELASQUEZ**

C.C. **52193850**

EDAD: **44 AÑOS** SEXO **F** CARGO DESEMPEÑAR: **AUXILIAR DE ENFERMERIA**



EXÁMENES PARA CLÍNICOS PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional ☒
 Visiometría ☒
 Audiometría ☒

Exámenes de laboratorio SI" NO ☒

Glic ☐ Col ☐ Triglic ☐ Otros ☐
 cuantas

Énfasis Osteomuscular ☒

Énfasis Cardiovascular ☐

El suscrito médico hace constar que el (la) señor (a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

Concepto/*

SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☒

CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

SIN RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS

SI

NO

NA

☐

☐

☒

CON RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS

☐

☐

☒

RESTRICCIONES

USO DE LENTES

RECOMENDACIONES

USO DE PROTECCIÓN AUDITIVA-OTORRINOLARINGOLOGÍA-AUDIOLOGÍA-CONTROLES
 EPS MEDICINA GENERAL RUTINA- NUTRICIÓN- OPTOMETRÍA-CAPACITACIÓN PARA EL
 USO ADECUADO DE EPP

FEBRERO 16 DE 2022

RIESGO 3

EXÁMENES DE EGRESO

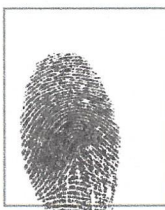
Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

PROGRAMA DE EPIDEMIOLOGÍA

Visual ☐ Auditivo ☐ Respiratorio ☐ Cardiovascular ☐ Psicosocial ☐
 Ergonómico ☐ Otros ☐

Yennieth Farfan V.

FIRMA DEL PACIENTE



Dr. JHON A. PEREZ
 Médico Cirujano
 Esp. Salud Ocupacional
 Lic. S.O 7344-14 U.M.B.
 FIRMA DEL ESPECIALISTA