

CERTIFICADO DE EXAMEN MÉDICO SALUD OCUPACIONAL

Resolución N°2346 de 2007 y resolución 1918 de 2009

Nombre De La Empresa: Subred Centro Oriente ESE 1° De Mayo San Cristóbal Sur (CAPS)						Fecha Expedición Del Certificado			
Nombre Del Trabajador(a): YUDI JOHANNA MOJICA SOCHA						16	MAYO	2020	
Tipo Y N° De Identificación (CC): 52.788.157 De Bogotá				Fecha De Nacimiento: 23 De Marzo De 1983			Edad: 37 años		
Tipo De Sangre: “O”		Factor Rh: Positivo		País: Colombia		Lugar De Nacimiento: Bogotá		Departamento: Cundinamarca	
Cargo Al Que Aspira: TRABAJADORA SOCIAL				ARL: Colmena (RETIRADA)			EPS: Compensar		
Estado Civil: Soltera		Número De Hijos: Uno (1)		Ciudad de Residencia: Cra.9 Este # 36-96 Casa 127				Celular: 3112064817	
TA: 100/80		Fc: 76*min		Fr: 20*min		SpO2: 95%		Peso: 64Kg	
						Talla: 1.67cms		IMC: 22.9	
								Peso Normal	

Realizada la valoración Médico Ocupacional De INGRESO, el suscrito médico certifica que el aspirante al cargo es:
APTO SIN RESTRICCIONES QUE LIMITEN SU TRABAJO NORMAL

Tipo De Restricciones O Limitaciones
NO TIENE

RECOMENDACIONES

- Acudir a la EPS y solicitar valoración preventiva por **MEDICINA FAMILIAR**.
- Valoración anual preventiva por Oftalmología y Optometría.
- Uso de gafas monofocales permanentes por **ASTIGMATISMO MIOPE BILATERAL**. Ver resultado de la Visiometría.
- Uso de gafas ocupacionales según necesidad o uso prolongado de equipos tecnológicos.
- Mantener una práctica de ejercicios aeróbicos regulares mínimo 3 veces por semana (**Riesgo Cardiovascular - Bajo**) caminar, nadar, montar bicicleta, etc. "Cambios De estilos De Vida"
- Realizar ejercicios de estiramiento y fortalecimiento para musculatura del tren superior e inferior, core central y cervical.
- Realizar pausas saludables diariamente de 5 a 10 minutos por cada 45 minutos de labor, estos deben incluir movimientos de miembros superiores, miembros inferiores y columna.
- Uso de medias de compresión media hasta las rodillas, como prevención de enfermedad varicosa.
- Uso de elementos de protección personal propios de su actividad laboral. Uso de elementos de protección personal (**BATA MÉDICA, GAFAS, GUANTES, TAPABOCAS Y GORRO DESECHABLES. LAVADO DE MANOS REGULARMENTE CON ABUNDANTE AGUA Y JABÓN. LIMPIA LAS MESAS, ESCRITORIOS, TECLADOS, CELULARES Y OBJETOS QUE USES FRECUENTEMENTE CON DESINFECTANTE**)
- Refiere tener esquema de vacunación al día. No muestra Carné.
- Se sugiere Control En Programas De Vigilancia Epidemiológica.

Dr. Luis Enrique Alfonso Heinns
Médico Especialista En
Salud Ocupacional
HLS/251158-13052016 Bog
Universidad El Rosario

Acepto Los Resultados Y Conceptos Del Presente Examen Médico;
Declaro Que No He Omitido Ninguna Información Acerca De Mi Estado Actual De Salud.
Firma:

Firma: **LUIS ENRIQUE ALFONSO HEINNS**
Cedula N° **72.212.506** De Barranquilla
Licencia S.O N° **251158-13052016** Bogotá
Celular N° **3156256880**

Nombre Del Trabajador(a): **YUDI JOHANNA MOJICA SOCHA**
Cedula N° **52.788.157** De Bogotá
Celular N°
Correo Electrónico: **johannamojica1053@hotmail.com**