CENTRO MEDICO LABORATORIO CLÍNICO

OLAYA S.A.S

MEDICINA GENERAL
RH, QUÍMICA SANGUÍNEA
PRUEBA DE EMBARAZO
ECOGRAFÍAS - RADIOGRAFÍAS
ORTOPEDIA
MEDICINA ESPECIALIZADA
MAMOGRAFÍA
SALUD OCUPACIONAL
MEDICINA DE TRABAJO

INSCRITO ANTE LA SECRETARIA DE SALUD
CR 110011775191/02 - NIT. 900171517-3

IMPORTANTE: no confíe su salud a charlatanes en la calle, acuda a los centros médicos autorizados por la Secretaría Distrital de Salud.

NOTA: esta autenticidad médico es válido en el original y con el sello seco.

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL

(Según lo dispuesto en las Resoluciones 2346/2007, 1918/2009, 1409/2012 y la NTC 4115)

MOTIVO DE EVALUACIÓN

FECHA: 20/04/22	INGRESO	X	EGRESO		PERIODICO		TRAB. EN ALTURAS		ESPAC. CONFINADOS		MAN. ALIMENTOS	
NOMBRE	JACQUELINE PRECIADO QUIÑONES						IDENTIFICACION		1.087.193.609			

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO	X	AUDIOMETRÍA		OPTOMETRIA	X	ESPIROMETRÍA		LABORATORIO CLÍNICO		PRUEBA VESTIBULAR	

INFORMACION DE LA ORGANIZACION

EMPRESA	SUBRED SUR
CARGO	MEDICO GENERAL

CONCEPTO DE LA VALORACIÓN MEDICA

APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES	X	APTO CON RESTRICCIONES	
APTO CON PATOLOGIA QUE NO INTERFIERE PARA EL CARGO		APLAZADO	
APTO CON PATOLOGIA QUE INTERFIERE PARA EL CARGO		NO APTO	

RESULTADO EXAMENES	MEDICO: NORMAL. OPTOMETRIA: NORMAL EN CASO DE REQUERIR ESPIROMETRIA, ESTA NO SE PRACTICA POR REQUERIMIENTO DEL MINISTERIO DE SALUD SOBRE COVID 19.
OBSERVACIONES	EXAMEN CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR: **HOMBROS**, amplitud de movimiento, rotación interna/externa, prueba del supraespinoso, prueba de despegue, signo de Neer, prueba de O'Brien, prueba de Hawkins-Kennedy: normales. **CODO**: prueba de Cozen, flexión del codo por 60 segundos: normales, **MANO**: prueba de Finkelstein: normal, Tinel, Phanel: normales, **COLUMNA Y MIEMBROS INFERIORES**: Lasague, prueba de Lachman, cajón anterior, prueba de pivote, prueba de Thessaly y modificada de McMurray: normales.

TIPO DE RESTRICCION	NINGUNA	OBSERVACION	EL(LA) TRABAJADOR/A REFIERE NO PRESENTAR ENFERMEDADES DE RIESGOPARA ADQUIRIR EL COVI-19

RECOMENDACIONES GENERALES EXAMENES REALIZADOS

Inducción al cargo (Art 13 Dec 2646/08). Pautas de control de estrés laboral (Res. 2646) y pautas para prevenir el uso de sustancias psicoactivas en el trabajo (Res 1075, 1016, 7036, 1956, Dec. 1108, Circular 38/2010 y los que apliquen). Pautas para prevenir el acoso laboral y otros hostigamientos (Ley 1010/06, Res 652 de 2012). Capacitar en el uso de los EPP requeridos para el cargo (Ley 9 Titulo III, arts. 85, 122, 123 y 124), según matriz de peligro (GTC 45, Dec 1563, Res 0144, Res 1111 de 2017). Capacitar en manejo de cargas (Res 2400 art. 390, 392 y las que apliquen). Utilizar protección auditiva cuando se superen los 80 dB (Res 627 y NTC 2272). Gestión peligro biomecanico mediante pausas activas- charlas sobre higiene postural-sillas ajustables (Ley 1355/09, GTC 45). Mantener el lugar de trabajo en orden y aseo. Pausas dinámicas cada 2 horas. Se recomienda: Realizar pausas activas cada 2 horas, uso de EPP adecuados para la labor que desempeña, manejo adecuado de cargas físicas, seguir pautas de higiene postural, mantener postura sedente y bipedesta adecuadas.

JIM ROGER SANCHEZ BENAVIDES
RM SO 026/2019

FIRMA Y LSO PROFESIONAL

Dr. Jim Roger Sanchez B.
Esp. Salud Ocupacional
LSO 026/2019
RM 25078103

FIRMA, CEDULA Y HUELLA INDICE DERECHO ASPIRANTE

IMPORTANTE: Para verificar la autenticidad de este certificado, por favor, compruebe que el documento tenga el sello seco de la institución o llame a los teléfonos que aparece al final del certificado para comprobar si el trabador asistió a la hora de los exámenes médicos ocupacionales. **ATENCIÓN. Falsedad en documento privado:** el que falsifique documento privado que puede servir de prueba, incurrirá, si lo usa, en prisión de (1) a seis (6) años. **(Artículo 289 del Código Penal Colombiano).**

Principal: Cra. 21 No. 26 - 52 Sur * Tel. 408 1986 * Sede: Cra. 21 No. 23 - 38 Sur * Tel. 239 7687 * 347 8768 ● 302 545 4106
Barrio Olaya - www.centromedicoolaya.com - centromedicoolaya@gmail.com

CENTRO MEDICO LABORATORIO CLÍNICO

OLAYA

NIT. 900171517 - 3

INSCRITO ANTE LA SECRETARIA DE SALUD
CP 110011775101/02
SALUD OCUPACIONAL PARA EMPRESAS
RESOLUCIÓN 6227 Y 11630

RH. QUÍMICA SANGUÍNEA
PRUEBA DE EMBARAZO
ECOGRAFÍAS - RADIOGRAFÍAS
ORTOPEDIA
MEDICINA ESPECIALIZADA
MAMOGRAFÍA

DÍA	MES	AÑO
20	4	21

EXAMEN MÉDICO - LABORAL DE

INGRESO [X] RETIRO [ ] PERIÓDICO [ ] ESPACIOS CONFINADOS [ ] TRABAJO DE ALTURAS [ ]

NOMBRE DEL PACIENTE: Jacqueline Pinedo Quiñonez FN: 27 Abr 7
CEDULA No. 1093193604 PROCEDENTE DE: Turbaco.
DIRECCIÓN: Cra 7B # 15-50 SW Soledad TELÉFONO: 3132611894
ESCOLARIDAD: Medico General PROFESIÓN / OCUPACIÓN: Medico
CARGO: Medico General EMPRESA: Sub Red SW

Consentimiento: Yo Jaqueline Pinedo Quiñonez 1093193604 Certifico que he sido informado(a) con claridad y veracidad, respecto a la valoración física que se me va a realizar, que actúo consecuente, libre y voluntariamente como paciente. Soy conocedor(a) y con la autonomía suficiente para retirarme y oponerme a la valoración física si así lo deseo y asumiré las consecuencias que esto acarrea . Que se respetara la buena fe, la confiabilidad e intimidad de la información por mi suministrada igualmente certifico que todos los datos que he entregado son totalmente veraces. Y que posteriormente se me hablara de tratamiento(s) o procedimiento(s) que se consideren idóneos para tratar de solucionar las posibles alteraciones encontradas en la valoración. Reconozco que si decido no realizar los exámenes diagnósticos y no cumplo los tratamientos ordenados puedan presentar reacciones adversas para mi salud.

ANTECEDENTES PERSONALES

PATOLÓGICOS: Negos
QUIRÚRGICOS: Negos
TRAUMÁTICOS: Negos
TÓXICOS: Negos
ALERGICOS: Negos
GINECOBSTETRICOS: MENARQUIA AÑOS: 14 FUR: 9/4/21 CICLOS: X DÍAS
FUP — FUCCV —
PARIDAD: 0 | P | A | C | Mo. | EC | V
PLANIFICACIÓN: no planifica
FARMACOLÓGICOS: —
ETS Y TRANSFUSIONALES: — HEMOCLASIFICACIÓN: A+
PERINATALES: —
INMUNOLÓGICOS: Sinovac 2D Ref. moderna
ANTECEDENTES FAMILIARES: Negos
OCUPACIONALES: Negos

RIESGOS LABORALES

FÍSICOS	SÍ	NO
RUIDO	X	
ILUMINACIÓN		
TEMPERATURA		
RADIACIÓN		

QUÍMICOS	SÍ	NO
POLVOS		
GASES		
VAPORES		
LÍQUIDOS		

BIOLÓGICOS	SÍ	NO
VIRUS	X	
BACTERIAS	X	
PARASITOS	X	
HONGOS		

PSICOSOCIALES	SÍ	NO
ESTRÉS		
REPETITIVIDAD	X	
AISLAMIENTO		
FALTA DE CAPACITACIÓN		
EXCESO DE TRABAJO		

ERGONÓMICO	SÍ	NO
TRABAJO ESTÉTICO	X	
ESFUERZO FÍSICO	X	
CARGAS		
POSTURAS FORZADAS		

MECÁNICOS	SÍ	NO
MOVIMIENTO		
PARTÍCULAS		
PRESIÓN		

LABORALES

ULTIMO EMPLEO (EMPRESA, CARGO, TIEMPO LABORADO): medico general - EPS

ACCIDENTE DE TRABAJO: Niega

ENFERMEDAD LABORAL: Niega

USA ELEMENTOS DE PROTECCIÓN: SI [X] NO [ ] FUMA: SI [ ] NO [X] BEBE: SI [ ] NO [X]

EXÁMEN FÍSICO

ESTADO GENERAL: ESTADO GENERAL: Bueno PESO (KG) 1.63 - 67

TA: No / 60 MMHg FC 70 FR 13 T (°C): 36.2 IMC: 24.7 Kg/m2

CABEZA Y CUELLO TELÉFONO:

ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS

OJOS: Normal

OÍDOS: Normal

BOCA: Normal

TÓRAX: Normal

ABDOMEN: Normal

GENITO URINARIO: Normal

OSTEOMUSCULAR: Normal

EXTREMIDADES: Normal

PIEL Y FANERAS: Normal

NEUROLÓGICOS: Normal

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Pte Sano

APTITUD LABORAL PARA EL CARGO

APTO SIN RESTRICCIONES: [X] APTO CON RESTRICCIONES: [ ] APTO MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS: [ ] APLAZADO: [ ] NO APTO: [ ]

RESULTADOS PARACLÍNICOS

Visiometría normal

RECOMENDACIONES

Pausas Activas. Higiene postural según su cargo

Dr. Jim Rojer Sanchez B.
Esp. Salud Ocupacional
L.S.O. 026/2019
RM 2507[illegible]

FIRMA DEL MÉDICO - (REG. MÉDICO)

Jacqueline Pretelt

C.C. 1037193609.

FIRMA DEL ASPIRANTE

CENTRO MEDICO LABORATORIO CLÍNICO OLAYA S.A.S

INSCRITO ANTE LA SECRETARIA DE SALUD
CP 110011775101/02
NIT. 900171517 - 3

VALORACIÓN VISUAL OCUPACIONAL

NOMBRES:	Jacqueline Pleciado Quiñones	EDAD: 29	FECHA: 20/04/2022
IDENTIFICACIÓN:	1087193609	TELÉFONO: 3182611894	
CARGO:	Medico General	EMPRESA: Sub Red Sur	

Consentimiento: Yo _____ C.C. _____ Certifico que he sido informado(a) con claridad y veracidad, respeto a la valoración física que se me va a realizar, que actúo consecuente, libre y voluntariamente como paciente. Soy conocedor(a) y con la autonomía suficiente para retirarme y oponerme a la valoración física si así lo deseo y asumiré las consecuencias que esto acarrea . Que se respetara la buena fe, la confiabilidad e intimidad de la información por mi suministrada igualmente certifico que todos los datos que he entregado son totalmente veraces. Y que posteriormente se me hablara de tratamiento(s) o procedimiento(s) que se consideren idóneos para tratar de solucionar las posibles alteraciones encontradas en la valoración. Reconozco que si decido no realizar los exámenes diagnósticos y no cumplo los tratamientos ordenados puedan presentar reacciones adversas para mi salud.

ANTECEDENTES MEDICO OCUPACIONALES

OCUPACIÓN: Medico General — TIEMPO EN ESTE OFICIO: 2 años

UTILIZA ALGUNA PROTECCIÓN? SI _____ NO X CUAL? _____

EVALUACIÓN DE LA PRUEBA

AGUDEZA VISUAL	SIN CORRECCIÓN	CON CORRECCIÓN
Lejos OD	20/20	
Lejos OI	20/20	
Lejos AO	20/20	
Cerca OD	0.5M	
Cerca OI	0.5M	
Cerca AO	0.5M	

RECOMENDACIONES

OFTALMOLOGÍA DIRECTA	OD: Normal	OI: Normal	AO: Normal
Necesidad de corrección óptica:	No		
Cromática:	NORMAL X Ambos ojos - Ishihara		ANORMAL
Test Estereopsis:	40 seg arco - Titmus		
INTERPRETACIÓN:	Paciente en optimas condiciones visual y ocular.		
OBSERVACIONES:			
RECOMENDACIONES:			

Dra. Geraldine Roman Correa
OPTOMETRA
Universidad de la Salle
MSC Ciencias de la Visión

FIRMA PROFESIONAL _____ FIRMA TRABAJADOR Jacqueline Pleciado

REPORTE DE ESPIRÓMETRIA

NOMBRES:		EDAD:	FECHA
IDENTIFICACIÓN:		TELEFONO:	
CARGO:		EMPRESA:	

ANTECEDENTES MEDICO OCUAPCIONALES

RESULTADOS DE PRUEBA

ITEM	VALOR OBSERVADO		
FUC (L)			
FEV1 (L)			
FEV1 / FUC (%)			
FEF25 - 75% (L/S)			
PEF(L/S)			

INTERPRETACIÓN

RECOMENDACIONES

FIRMA PROFESIONAL _____ FIRMA TRABAJADOR _____

CENTRO MEDICO LABORATORIO CLÍNICO OLAYA S.A.S

INSCRITO ANTE LA SECRETARIA DE SALUD
CP 110011775101/02
NIT. 900171517 - 3

VALORACIÓN VISUAL OCUPACIONAL

NOMBRES:	Jacqueline Pleciado Quiñones	EDAD: 29	FECHA: 20/04/2022
IDENTIFICACIÓN:	1087193609	TELÉFONO: 3182611894	
CARGO:	Medico General	EMPRESA: Sub Red Sur	

Consentimiento: Yo _____ C.C. _____ Certifico que he sido informado(a) con claridad y veracidad, respeto a la valoración física que se me va a realizar, que actúo consecuente, libre y voluntariamente como paciente. Soy conocedor(a) y con la autonomía suficiente para retirarme y oponerme a la valoración física si así lo deseo y asumiré las consecuencias que esto acarrea . Que se respetara la buena fe, la confiabilidad e intimidad de la información por mi suministrada igualmente certifico que todos los datos que he entregado son totalmente veraces. Y que posteriormente se me hablara de tratamiento(s) o procedimiento(s) que se consideren idóneos para tratar de solucionar las posibles alteraciones encontradas en la valoración. Reconozco que si decido no realizar los exámenes diagnósticos y no cumplo los tratamientos ordenados puedan presentar reacciones adversas para mi salud.

ANTECEDENTES MEDICO OCUPACIONALES

OCUPACIÓN: Medico General — TIEMPO EN ESTE OFICIO: 2 años

UTILIZA ALGUNA PROTECCIÓN? SI _____ NO X CUAL? _____

EVALUACIÓN DE LA PRUEBA

AGUDEZA VISUAL	SIN CORRECCIÓN	CON CORRECCIÓN
Lejos OD	20/20	
Lejos OI	20/20	
Lejos AO	20/20	
Cerca OD	0.5M	
Cerca OI	0.5M	
Cerca AO	0.5M	

RECOMENDACIONES

OFTALMOLOGÍA DIRECTA	OD: Normal	OI: Normal	AO: Normal
Necesidad de corrección óptica:	No		
Cromática:	NORMAL X Ambos ojos - Ishihara		ANORMAL
Test Estereopsis:	40 seg arco - Titmus		
INTERPRETACIÓN:	Paciente en optimas condiciones visual y ocular.		
OBSERVACIONES:			
RECOMENDACIONES:			

Dra. Geraldine Roman Correa
OPTOMETRA
Universidad de la Salle
MSC Ciencias de la Visión

FIRMA PROFESIONAL _____ FIRMA TRABAJADOR Jacqueline Pleciado

REPORTE DE ESPIRÓMETRIA

NOMBRES:		EDAD:	FECHA
IDENTIFICACIÓN:		TELEFONO:	
CARGO:		EMPRESA:	

ANTECEDENTES MEDICO OCUAPCIONALES

RESULTADOS DE PRUEBA

ITEM	VALOR OBSERVADO		
FUC (L)			
FEV1 (L)			
FEV1 / FUC (%)			
FEF25 - 75% (L/S)			
PEF(L/S)			

INTERPRETACIÓN

RECOMENDACIONES

FIRMA PROFESIONAL _____ FIRMA TRABAJADOR _____