


**CERTIFICADO LABORAL**

EMPRESA: PARTICULAR	FECHA 09/07/2020 06:40:00	
PREOCUPACIONAL O INGRESO <input checked="" type="checkbox"/> POS-OCUPACIONAL O EGRESO <input type="checkbox"/> PERIÓDICO <input type="checkbox"/>	C.C 1110479483	
NOMBRE Y APELLIDO: JUAN DANIEL CARRILLO ORJUELA		
EDAD 31 Años SEXO M CARGO A DESEMPEÑAR ENFERMERO		

EXÁMENES PRACTICADOS		
Evaluación médico ocupacional	<input checked="" type="checkbox"/>	Exámenes de laboratorio SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
Visiometría	<input type="checkbox"/>	Glic <input type="checkbox"/> Col <input type="checkbox"/> Trigli <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>
Optometría	<input type="checkbox"/>	¿Cuáles?
Audiometría	<input type="checkbox"/>	Énfasis Osteomuscular <input checked="" type="checkbox"/>
Espirometría	<input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>

**EXÁMENES COMPLEMENTARIOS**

NINGUNO
---------

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

**CONCEPTO**

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO <input checked="" type="checkbox"/>			
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO <input type="checkbox"/>			
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input checked="" type="checkbox"/>
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

RESTRICCIONES
NINGUNA

<b>RECOMENDACIONES</b> CONTROL MEDICO DE RUTINA EPS/ REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE MEDIAS ANTIVARICE SE SUGIERE REALIZAR AUDIOMETRIA Y VISIOMETRIA OCUPACIONAL USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR. OBSERVACION: NO MANIFIESTA SIGNOS Y SINTOMAS RELACIONADOS CON EL SINDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO (SRAS - COV 2) NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTES IDENTIFICADAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID 19 SEGÚN CIRCULAR 030 DEL 8 DE MAYO DEL 2020
---

**CERTIFICADO LABORAL**

EMPRESA: PARTICULAR  
PREOCUPACIONAL O INGRESO ☒ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐  
NOMBRE Y APELLIDO: JUAN DANIEL CARRILLO ORJUELA  
EDAD 31 Años SEXO M CARGO A DESEMPEÑAR ENFERMERO  
C.C 1110479483



**EXÁMENES DE EGRESO**

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE



Código Biométrico

*Patricia González R.*  
Médico Especialista  
Gerencia de Salud Ocupacional  
Res. 11409-2014 C.C. 22.503.529

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Calle 27 Sur No. 19 - 07 PBX.: 278 4705 FAX.: 239 2301 Bogotá, D.C.

E-mail: [clinisurips@gmail.com](mailto:clinisurips@gmail.com) [www.clinisurips.com](http://www.clinisurips.com)

CALL 57 852 No. 10 47 PBX. 278 4705 FAX. 239 2301  
E-mail: [clinisurips@hotmail.com](mailto:clinisurips@hotmail.com) - <http://www.clinisurips.com>