

CENTRO MEDICO LABORATORIO CLÍNICO



OLAYA S.A.S

INSCRITO ANTE LA SECRETARIA DE SALUD
CP 110011775101/02 - NIT 900.171.517-3

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

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

NOTA: este certificado médico es válido en el formato 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: 16/12/2021
INGRESO ☒ EGRESO ☐ PERIODICO ☐ TRAB. EN ALTURAS ☐ ESPAC. CONFINADOS ☐ MAN. ALIMENTOS ☐

NOMBRE: YINA ALEJANDRA BUSTOS ROMERO IDENTIFICACION: 1.012.334.517

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO ☒ AUDIOMETRÍA ☐ OPTOMETRIA ☒ ESPIROMETRÍA ☐ LABORATORIO CLÍNICO ☐ PRUEBA VESTIBULAR ☐

INFORMACION DE LA ORGANIZACION

EMPRESA: SUBRED SUR ESE
CARGO: AUXILIAR ENFERMERIA

CONCEPTO DE LA VALORACIÓN MEDICA

APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES ☒ 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, VALORACION VISUAL: AMETROPIA CORREGIDA

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, Phalen: 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: NINGUNA

RECOMENDACIONES GENERALES EXAMENES REALIZADOS

Inducción al cargo (Art 13 Dec 2546/08). Pautas de control de estrés laboral (Res. 2546) y pautas para prevenir el uso de sustancias psicoactivas en el trabajo (Res 1075, 1018, 7036, 1956, Dec 1108 y los que apliquen). Pautas para prevenir el acoso laboral y otros hostigamientos (Ley 1010/06). Gestión Peligro biológico mediante inmunización contra hepatitis B, Influenza y tétano o las que se requieran (GTC 45). Instrucciones sobre las buenas prácticas en la seguridad y detección temprana de eventos adversos en el paciente (Res. 1446/2006). Uso de los elementos de bioseguridad (guantes, tapabocas, trajes anti fluidos, gafas, etc), ante la exposición radiofísica y en el manejo de agentes químicos y biológicos peligrosos (Arts 150 y 101 de la Ley 9). Gestión peligro bioquímico mediante pausas activas- charlas sobre higiene postural-sillas ajustables (Ley 1355/09, GTC 45). Capacitar en manipulación de cargas. Mantener el lugar de trabajo en orden y aseo.. pausas dinámicas cada 2 horas. Control con nutrición/endocrino

PABLO HERNANDEZ

COLOMBIA Y SALUD OCUPACIONAL
CÓDIGO PROFESIONAL 5902/19

FIRMA, CÉDULA 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 aparecen al final del certificado para comprobar si el trabajador asistió a la toma de los exámenes médico ocupacionales. **ATENCIÓN. Falsedad en documento privado:** el que falsifique documento privado que pueda 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 19 86 * Sede: Cra. 21 No. 23 - 38 Sur * Tel: 239 76 87 * 347 8768
Barrio Olaya - www.centromedicoolaya.com - centromedicoolaya@gmail.com



CENTRO MEDICO LABORATORIO CLÍNICO

OLAYA S.A.S

INSCRITO ANTE LA
SECRETARIA DE SALUD
CP. 110011775101/02
NIT. 900.171.517-3

VALORACIÓN VISUAL OCUPACIONAL

NOMBRES:	Yina Alejandra Bustos	EDAD:	34	FECHA:	Dic 16/21
IDENTIFICACIÓN:	1012334517	TELÉFONO:			
CARGO:	Aux. Enfermería	EMPRESA:	20Red SUR		

Consentimiento: Yo, C.C. 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 u 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 mí 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. Conozco que si decido no realizar los exámenes diagnósticos solicitados o no cumpla los tratamientos ordenados puedan presentarse reacciones adversas para mi salud.

ANTECEDENTES MEDICO OCUPACIONALES

OCUPACIÓN:	Auxiliar	TIEMPO EN ESTE OFICIO:	4 años
UTILIZA ALGUNA PROTECCIÓN?	SI ☒ NO ☐	CUAL?	Redes EPP.

EVALUACIÓN DE LA PRUEBA

AGUDEZA VISUAL	SIN CORRECCIÓN	CON CORRECCIÓN
Lejos OD	20/100	20/40
Lejos OI	20/100	20/40
Lejos AO	20/100	20/40
Cerca OD	20/100	20/50
Cerca OI	20/100	20/50
Cerca AO	20/100	20/50

RECOMENDACIONES

OFTALMOSCOPIA DIRECTA	OD: OK	OI: OK	AO:
Necesidad de corrección óptica:	☒		
Cromática:	NORMAL		
Test Estereopsis:	Distorsionada		
INTERPRETACIÓN:	Ametropía AO.		
OBSERVACIONES:	Rx. farmacológica / uso EPP visual.		
RECOMENDACIONES:	Rx. optométrica.		

FIRMA PROFESIONAL

FIRMA TRABAJADOR

REPORTE DE ESPIRÓMETRIA

NOMBRES:		EDAD:		FECHA:	
IDENTIFICACIÓN:		TELÉFONO:			
CARGO:		EMPRESA:			

ANTECEDENTES MEDICO OCUPACIONALES

RESULTADOS DE PRUEBA

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

INTERPRETACIÓN

RECOMENDACIONES

FIRMA PROFESIONAL

FIRMA TRABAJADOR