# CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

**Dirreción:** CALLE 134 BIS NO. 18 - 43
**Teléfono:** (57 1) 3099174 - 3108737604
**Web:** www.labintox.com
**Email:** labintox@hotmail.com

**FECHA DE EXAMEN** 2022-09-09
**TIPO DE EXAMEN** PERIODICO PARA TRABAJO EN ALTURAS



## IDENTIFICACION DEL PACIENTE

**Nombres y Apellidos** ARMANDO JIMENEZ GUTIERREZ Identificación CC Nro 3104225
**Fecha de Nacimiento** 1980-03-30 **Edad** 42 **Sexo** M
**ARL** NO REFIERE
**EPS** SALUD TOTAL S.A. E.P.S. **AFP** COLFONDOS
**Empresa** FUMIGADORES DE COLOMBIA FUMICOL LTDA
**Actividad Ecónomica** **Ciudad De Atencion** Soacha
**Cargo** OPERARIO MIP
**Fecha Ingreso** 2022-09-09 08:19:11 **Fecha Salida** 2022-09-09 15:13:38

## EXAMENES REALIZADOS

| | |
|---|---|
| EXAMEN DE OPTOMETRIA | EXAMEN ESPIROMETRIA |
| HISTORIA CLINICA AUDITIVO | HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL |
| COLINESTERASA ERITROCITICA | GLICEMIA PRE |
| PERFIL LIPIDICO | PIRETROIDES |
| TIEMPO DE PROTOMBINA | |

**CONCEPTO** Apto para trabajos en Alturas Periodico normal

**OBSERVACIONES**

Cumplimiento de normas de ergonomía, seguridad y uso adecuado de los elementos de protección personal Se realizo EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO ENFASIS OSTEOMUSCULAR, TRABAJO EN ALTURAS, ESPACIOS CONFINADOS, MANEJO INTEGRAL DE PLAGAS Y EXAMENES COMPLEMENTARIOS OPTOMETRIA, AUDIOMETRIA, ESPIROMETRIA, COLINESTERASA ERITROCITICA, TIEMPO DE PROTROMBINA, TIEMPO DE PROTROMBINA, COLESTEROL TOTAL, HDL, LDL, TRIGLICERIDOS, GLICEMIA,PIRETROIDES EN ORINA, puede seguir en el cargo sin restricción actual, no hay cambios relevantes con examen médico ocupacional anterior.
PERIODICO NORMAL
APTO PARA TRABAJOS EN ALTURAS
APTO PARA TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS
APTO PARA MANEJO INTEGRAL DE PLAGAS

**RECOMENDACIONES**

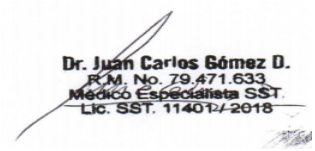
OTRAS: SI Pausas activas, hábitos de vida sana, ejercicio aeróbico 150 minutos semanales, uso de lentes correctivos permanentes, capacitación según plan de trabajo del SGSST, control ocupacional según profesiograma.

**CONTROLES**

Certifico que he comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínicos, ocupacionales que me han practicado.
Certifico que las respuestas dadas por mi, en este examen y registrado en este documento están completas y son verídicas. Entendiendo que la realización de este proceso es voluntaria y libre de toda cohersion y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento, antes de que se realizaran las pruebas. Fuí informado de las medidas que LABINTOX S.A.S tomará para proteger la confidencialidad de los resultados. Autorizo a LABINTOX S.A.S para que suministre, por cualquier medio físico o electrónico, la información registrada en este documento a las personas o entidades contempladas en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional de la empresa, de los cuales recibiré los resultados y estoy de acuerdo con el proceso. Reitero con mi firma que he leido y comprendido perfectamente lo anterior y que me encuentro en capacidad plena de expresar mi consentimiento.

# CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

**Dirreción: CALLE 134 BIS NO. 18 - 43**
**Teléfono: (57 1) 3099174 - 3108737604**
**Web: www.labintox.com**
**Email: labintox@hotmail.com**






**JUAN CARLOS GOMEZ DE LA ROSA**
**RM: RES. 11401 de 01/10/2018**
**Firma y sello del médico siplasdor**

**ARMANDO JIMENEZ GUTIERREZ**
**CC 3104225**
**Firma del trabajador siplasdo**