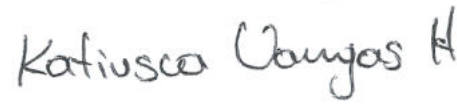


|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                         |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nit 802007728-4</b><br><b>CRA. 58 N° 70-129 CONS. 105</b><br><b>3356776-3005425060</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL</b>                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>FECHA Y CIUDAD DE REALIZACION DEL EXAMEN</b>                                                                                         |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | PRO                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 24 01 2020                                                                                                                              |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Fecha 10 octubre 2018                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | BARRANQUILLA                                                                                                                            |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Versión 3                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL                                                                                                       |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                    | PRE-INGRESO <input checked="" type="checkbox"/> PERIODICO <input type="checkbox"/> RETIRO <input type="checkbox"/><br>POST-INCAPACIDAD <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                         |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                     |
| DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARA O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                         |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                     |
| SENA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | INSTRUCTOR                                                                                                                              |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                     |
| NOMBRE DE LA EMPRESA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | CARGO                                                                                                                                   |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                     |
| <b>DATOS DEL TRABAJADOR O ASPIRANTE</b> (Documento identificación C.C. cedula de ciudadanía, C.E. cedula extranjería, T.I. tarjeta identidad)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                         |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                     |
| VANEGAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | HERNANDEZ                                                          | KATIUSCA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | EDAD                                                                                                                                    | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 38                                                                                                                                      | C.C.                        | 22.740.768                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                     |
| PRIMER APELLIDO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | SEGUNDO APELLIDO                                                   | NOMBRES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | AÑOS                                                                                                                                    | TIPO                        | NUMERO                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                     |
| <b>CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL : SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO</b><br><b>CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL TRABAJO EN ALTURA : N/A</b><br><b>CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL MANIPULACION ALIMENTO : N/A</b><br><b>CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL PERIODICO : N/A</b><br><b>RESTRICCIONES : NINGUNA</b>                                                                                                                                                            |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                         |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                     |
| <b>RECOMENDACIONES : EJERCICIO RECREATIVO, CONTROL DE PESO, DIETA BAJA EN GRASA Y CARBOHIDRATOS.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                         |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                     |
| <b>Evitar estas condiciones o funciones</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>Agentes o factores de riesgo</b>                                                                                                     |                             | T                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | P                                                                                   |
| Levantamiento y transporte manual de carga <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Posturas forzadas <input type="checkbox"/>                         | Ergonómico <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Físico <input type="checkbox"/>                                                                                                         |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                     |
| Empuje de carga <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Subir o bajar escaleras más del 50% de la <input type="checkbox"/> | Mecánico <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Psicolaboral <input type="checkbox"/>                                                                                                   |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                     |
| Movimientos repetitivos <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | jornada <input type="checkbox"/>                                   | Eléctrico <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Orden público <input type="checkbox"/>                                                                                                  |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                     |
| Exposicion a vibración <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Otra <input type="checkbox"/>                                      | Químico <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Biológico <input type="checkbox"/>                                                                                                      |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                     |
| <b>Otra Condición</b> (escribir letra imprenta clara):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                         |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                     |
| <b>Valorar por su EPS:</b> Otorrinolaringología <input type="checkbox"/><br>Neurocirugía <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/><br>Oftalmología <input type="checkbox"/> Optometría <input checked="" type="checkbox"/><br>Cirugía <input type="checkbox"/> Nutricionista <input type="checkbox"/><br>Medicina interna <input type="checkbox"/> Dermatología <input type="checkbox"/><br>Neumología <input type="checkbox"/>                       |                                                                    | <b>Ingresar sistema vigilancia epidemiológica:</b><br>SVE Osteomuscular <input type="checkbox"/> SVE Conservación auditiva <input type="checkbox"/> SVE Conservación visual <input checked="" type="checkbox"/><br>SVE Prevención riesgo cardiovascular:<br>Hipertensión arterial <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Dislipidemia <input type="checkbox"/> Sobrepeso y Obesidad <input type="checkbox"/><br>SVE Conservación Respiratoria <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                         |                             | <b>Específicas:</b><br>Actividad física diaria <input checked="" type="checkbox"/><br>Dieta Balanceada <input checked="" type="checkbox"/><br>Estilo vida Saludable <input checked="" type="checkbox"/><br>Pausas Activas <input checked="" type="checkbox"/><br>Uso EPP <input checked="" type="checkbox"/> |                                                                                     |
| <b>Exámenes Realizados:</b> EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR, AUDIOMETRIA, VISIOMETRIA,EKG.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                         |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                     |
| <b>Laboratorios Realizados:</b> PERFIL LIPIDICO.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                         |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                     |
| <b>Sospecha de:</b> Secuela accidente de trabajo SI ___ NO_X_ Enfermedad profesional SI ___ NO_X_ Enfermedad común agravada por el trabajo SI ___ NO_X_<br>Si al examen de egreso encuentra una presunta enfermedad profesional o secuela de eventos profesionales (no diagnosticados) ocurridos durante el tiempo en que la persona laboró en la empresa, el empleador elaborará y presentará el correspondiente reporte(furet) a las respectivas entidades (ARP-EPS). |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                         |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                     |
| Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la resolución 2346 de 2007 y la resolución 1918 de 2009, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicos que allí reposan son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para los fines legales pertinentes.                 |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                         |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                     |
| <br>Cyndy J. Contreras Pino<br>Médico Especialista en<br>Seguridad y Salud en el trabajo<br>Resolución: 4683 R.M70274-13                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <br>Katiusca Vargas H<br><b>FIRMA DEL PACIENTE</b> |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                     |
| <b>FIRMA Y SELLO MEDICO ESP. SS.OO.</b><br><b>RM. 700274-13 Lic. SS:OO.: 4683</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                         |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                     |