IPS SEVISALUD S.A.S.	IPS. SEVISALUD S.A.S. NIT. 901.210.005-6 CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL	CODIGO: FR- HC- 04 FECHA: 02/01/2024 VERSION: 01

COD. CERTIFICADO	1115191124 - 13/6/2024

Fecha: 13/6/2024 4:22:00 p. m. **Ciudad:** SEVILLA **Empresa:** INDEPENDIENTE

Exámen Médico Ocupacional: DE INGRESO **Actividad Económica:** Sector Público

1. DATOS DE IDENTIFICACION

Nombres y Apellidos: MARIA LUISA CASTILLO BAENA **CC. No.** 1115191124 **Tel.** 3508801817

F. Nacimiento: 5/7/1994 **Edad:** 29 **Sexo:** Femenino **Estado Civil:** Solter@ **Escolaridad:** Universitario

EPS.: Compensar **AFP.:** Colpensiones **ARL.:** No tiene **Email:** ipsasistencialenfermeria@gmail.com

Cargo Actual o al que Aspira: **Profesión:** AGRONOMA

Area de Trabajo:

2. PRUEBAS DE APOYO DIAGNOSTICO

Pruebas Realizadas:	NINGUNA
Enfasis:	Osteomuscular

3. CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL/LABORAL:

DE INGRESO	APTO
Restricciones:	NINGUNA

4. RECOMENDACIONES U OBSERVACIONES

RECOMENDACIONES MEDICAS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES
1 CONSUMIR DIETA BALANCEADA Y SALUDABLE	1 INFORMAR ACCIDENTES DE TRABAJO AL EMPLEADOR
2 REALIZAR ACTIVIDAD FISICA/DEPORTE	2 MANTENER BUENAS POSTURAS EN EL TRABAJO
3	3 USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
4	4
5	5
6	6
7	7

Contingencia COVID-19:	CONSULTAR CON MEDICO SI PRESENTA: TOS, FIEBRE, DOLOR DE GARGANTA, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DOLOR DE CABEZA, VOMITO, DIARREA. INFORMAR SI ENTRA EN CONTACTO ESTRECHO CON PERSONA SOSPECHOSA O CONFIRMADA PARA COVID-19. REALIZAR LAVADO DE MANOS FRECUENTE, USO DE ALCOHOL GLICERINADO, USO DE TAPABOCAS, DISTANCIAMIENTO SOCIAL 1-2 MTS. ACTAR NORMAS DE BIOSEGURIDAD COVID-19 IMPLEMENTADAS POR LA EMPRESA.
Se recomienda realizar (X):	Visiometría X Audiometría Espirometria Hemograma Perfil Lipídico Glicemia Electrocardiograma Uroanálisis Otros
NOTAS:	USO DE CORRECCION OPTICA PERMANENTE CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA PAUSAS ACTIVAS GENERALES CON ENFASIS EN MIEMBROS INFERIORES LIMITE DE ACTIVIDADES FISICAS QUE REQUIERAN IMPACTO EN MIEMBROS INFERIORES

Declaro que: Autoricé voluntariamente la realización en mí del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es) bajo la modalidad Tele-experticia, registrados en éste documento; conozco el propósito y finalidad del certificado ocupacional; no he omitido información acerca de mi estado de salud y que la información suministrada es veraz y puede ser verificada. Autorizo al profesional médico informar al empleador resultados de paraclinicos y/o condiciones de salud que pongan en riesgo mi vida o la de otras personas, enfermedades de interés en salud pública o cuando el resultado de las pruebas realizadas afecte mi desempeño en el trabajo, o seá necesario para definir recomendaciones o restricciones. En caso de omitir información el certificado ocupacional pierde toda su validez y se exonera el Médico Ocupacional de cualquier responsabilidad médico legal.

MEDICO		**TRABAJADOR**	
Nombre:	Lina Paola Castañeda Gutierrez	**Firma**	
Firma:		**CC.:**	1.115.191.124 de Caicedonia, Valle del cauca.
Licencia Ocupacional	5046 13/05/2019		