CENTRO MEDICO LABORATORIO CLÍNICO OLAYA

NIT. 900171517 - 3

INSCRITO ANTE LA SECRETARIA DE SALUDCP 110011775101/02

SALUD OCUPACIONAL PARA EMPRESAS

IMPORTANTE: no confié 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:19/11/2024	INGRESO	X	EGRESO		PERIODICO		TRAB. EN ALTURAS		ESPAC. CONFINADOS		MAN. ALIMENTOS	

NOMBRE	HEIDY GIOVANNA HURTADO CASTELLANOS	IDENTIFICACION	52728559

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO	X	AUDIOMETRÍA		VISIOMETRÍA	X	ESPIROMETRÍA		LABORATORIO CLÍNICO		PRUEBA VESTIBULAR	

ASOCIACION MANOS UNIDAS

EMPRESA	SUBRED SUR
CARGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA

CONCEPTO DE LA VALORACIÓN MEDICA

APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES	X	APTO CON RESTRICCIONES	
APTO CON PATOLOGIA QUE NO INTERFIERE PARA EL CARGO		APLAZADO	
APTO CON PATOLOGIA QUE INTERFIERE PARA EL CARGO		NO APTO	
APTO SOLO PARA TELETRABAJO			

Pablo Hernández - Ateneses
Medico Cirujano (UIS)
Esp. Higiene y Salud Ocupacional
Esp. Gestión Integrada QHSE
SO 5902/19 - REG # 1265654

RESULTADO EXAMENES	MEDICO; OPTOMETRIA: ANORMAL 17/12/2024
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, Phanel: 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	USO DECORRECCION VISUAL PERMANTE (ACTUALIZADA 17/12/2024)

COMENTARIOS EXAMEN DE EGRESO

RECOMENDACIONES GENERALES EXAMENES REALIZADOS

Inducción al cargo (Art 13 Dec 2646/08). Pautas de control de estrés laboral (Res. 2646) y pautas para prevenir el uso de sustancias psicoactivas en el trabajo (Res 1075, 1016, 7036, 1956, Dec. 1108, Circular 38/2010 y los que apliquen). Pautas para prevenir el acoso laboral y otros hostigamientos (Ley 1010/06, Res 652 de 2012). Capacitar en el uso de los EPP requeridos para el cargo (Ley 9 Título III, arts. 85, 122, 123 y 124), según matriz de peligro (GTC 45, Dec 1563, Res 0144, Res 1111 de 2017), Capacitar en manejo de cargas (Res 2400 art. 390, 392 y las que apliquen). Utilizar protección auditiva cuando se superen los 80 dB (Res 627 y NTC 2272). Gestión peligro biomecánico mediante pausas activas- charlas sobre higiene postural-sillas ajustables (Ley 1355/09, GTC 45). Mantener el lugar de trabajo en orden y aseo. Pausas dinámicas cada 2 horas.

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 aparece al final del certificado para comprobar si el trabador asistió a la hora de los exámenes médicos 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).

PABLO HERNANDEZ
FIRMA Y LSO PROFESIONAL 5902/19

FIRMA, CEDULA Y HUELLA INDICE DERECHO ASPIRANTE

CENTRO MEDICO LABORATORIO CLÍNICO OLAYA

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

VALORACIÓN VISUAL OCUPACIONAL

NOMBRES:	Heidy Hurtado.	EDAD: 42 años.	FECHA: 12/12/24
IDENTIFICACIÓN:	52728559	TELÉFONO: 3213912929.	
CARGO:		EMPRESA:	

Consentimiento: Yo _____ C.C. _____ Certifico que he sido informado(a) con claridad y veracidad, respeto 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 y 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 mi 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. Reconozco que si decido no realizar los exámenes diagnósticos y no cumplo los tratamientos ordenados puedan presentar reacciones adversas para mi salud.

ANTECEDENTES MEDICO OCUPACIONALES

OCUPACIÓN: Aux. de Enfermeria.	TIEMPO EN ESTE OFICIO:
UTILIZA ALGUNA PROTECCIÓN? SI_____ NO_____	CUAL? _____

EVALUACIÓN DE LA PRUEBA

AGUDEZA VISUAL	SIN CORRECCIÓN	CON CORRECCIÓN
Lejos OD	20/100	
Lejos OI	20/50.	
Lejos AO	20/50.	
Cerca OD	1.5M	
Cerca OI	1.25M	
Cerca AO	1.25M.	

RECOMENDACIONES

OFTALMOLOGÍA DIRECTA	OD: Medios Opacos	OI: Medios Opacos	AO: Medios Opacos
Necesidad de corrección óptica:	Uso de corrección optica permanente.		
Cromática:	NORMAL		ANORMAL
Test Estereopsis:			
INTERPRETACIÓN:			
OBSERVACIONES:	Estrabismo Divergente XTD		
RECOMENDACIONES:	Control Cmeses		

FIRMA PROFESIONAL _____ FIRMA TRABAJADOR _____

Dra. Angie K. Castillo P.
Optometrista
RM. 1.023.938.

REPORTE DE ESPIRÓMETRIA

NOMBRES:		EDAD:	FECHA
IDENTIFICACIÓN:		TELEFONO:	
CARGO:		EMPRESA:	

ANTECEDENTES MEDICO OCUAPCIONALES

RESULTADOS DE PRUEBA

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

INTERPRETACIÓN

RECOMENDACIONES

FIRMA PROFESIONAL _____ FIRMA TRABAJADOR _____