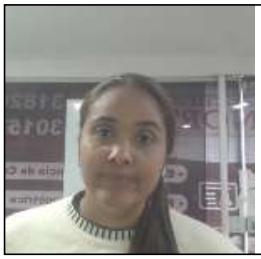
CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

CERTIFICAR NORTE

NIT:900232896-2 Codigo de Prestador N°.80010372101
DIR:Carrera 38 # 74 - 314 Local 2 Barranquilla - AtlanticoCEL:.318 265 4304



CERTIFICADO N°:	**21145**			**FECHA:**	**2025-06-24**
TIPO CERTIFICADO:	**INGRESO**				
NOMBRE:	**BRISNEY MIREY CASTRO MERTELO**				
DOCUMENTO N°:	**1018433921**	**TIPO DOC:**	**CC**	**GENERO:**	**F**
FECHA NAC:	1990-02-08	LUGAR NAC:	BARRANQUILLA		
TIPO SANGRE:	AB-				
ESCOLARIDAD:	PROFESIONAL				
EMPRESA:	INDEPENDIENTE----				
CARGO:	CONTRATISTA				
EPS:	Sanitas S.A.				

EXAMENES PARACLINICOS OCUPACIONALES REQUERIDOS								
TIPO EXAMEN		FECHA	TIPO EXAMEN		FECHA	TIPO EXAMEN		FECHA
SEROLOGIA			GLICEMIA			TRIGLICERIDOS		
RX			PERFIL LIPIDIDICO					
CUADRO HEMATICO			COPROLOGICO			AUDIOMETRIA		
EKG			FROTIS GARGANTA			VISIOMETRIA		
KOH UÑAS			PARCIAL DE ORINA			ESPIROMETRIA		
EXAMEN GENERAL	✓	2025-06-24	COLESTEROL			PSICO-REACTIMETRIA		
PRUEBAS ADICIONALES								

RECOMENDACIONES GENERALES					
MANEJO POR EPS Y ARL		**OCUPACIONALES**		**HABITOS Y ESTILO DE VIDA**	
CONTROL PYP EPS		CONTROL PERIODICO OCUPACIONAL	✓	DIETA	✓
REMISION A EPS		HIGIENE POSTURAL	✓	EJERCICIO REGULARMENTE	✓
CONTINUAR MANEJO MEDICO		USO EPP	✓	NO FUMAR	
REMISION ARL PARA MANEJO CASO		USO AYUDAS ERGONOMICAS	✓	REDUCIR ALCOHOL	
SEGUIMIENTO CASO ARL		PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	✓	PAUSAS ACTIVAS	✓
RECOMENDACIONES ESPECIFICAS					
Mantener estilos de vida saludables. realizar pausas activas, higiene postural.					

CONCEPTO DE APTITUD PARA EL OFICIO
Examen físico osteomuscular normal. Sin restricciones para el cargo

OBSERVACIONES
Mantener estilos de vida saludables. realizar pausas activas, higiene postural.

NOTA: EN NINGÚN CASO EL EMPLEADOR PODRÁ TENER ACCESO A LA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL. RESOLUCION 2346 DEL 2007 DEL MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL ARTICULO 16 PARAGRAFO 1

AUTORIZO AL PROFESIONAL, MENCIONADO EN ESTE DOCUMENTO, A REALIZAR LOS PROCEDIMIENTOS PERTINENTES PARA EL EXAMEN MEDICO Y/O PARACLINICOS OCUPACIONALES REGISTRADOS EN ESTA EVALUACION MEDICA, TENIENDO DE ANTEMANO CLARIDAD SOBRE EL OBJETIVO DE ESTE EXAMEN. LA REALIZACION DE LAS PRUEBAS REQUERIDAS PARA ESTE EXAMEN FUERON REALIZADAS DE FORMA VOLUNTARIA Y SIN NINGUNA COACCION POR PARTE DE TERCEROS, TENIENDO LA OPORTUNIDAD DE CANCELAR DICHO PROCESO EN CUALQUIER MOMENTO. SE ME HA ACLARADO QUE DICHA INFORMACION VA A SER DE TIPO CONFIDENCIAL. CERTIFICO QUE NO OMITI NINGUN DATO RELEVANTE SOBRE MIS ANTECEDENTES OCUPACIONALES, PERSONALES Y FAMILIARES QUE PUDIESEN INFLUIR SOBRES MI ESTADO DE SALUD Y QUE TODA LA INFORMACION QUE HE EXPRESADO, PARA LA ELABORACION DE ESTE DOCUMENTO, ES CIERTA, ADEMAS AUTORIZO EL ENVIO DE ESTE INFORME A MI EMPLEADOR

ESPECIALISTA:MANUEL BADILLO ROMERO

TP:74032017 Lic de SO: 7403-2017

FIRMA EXAMINADO