Dra. Eladia Huelvas T MÉDICO ESPECIALISTA SST U. DEL NORTE	**CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL**	**RESOLUCION** 2444 **VERSIÓN** 1 **FECHA APROBACIÓN** 16/08/2022 **PÁGINA** 1 de 1

Tip/exame	Ingreo	**X**	Periodico	X	Retiro	0	Cambio carg	0	Reintegro	0	Fecha	30-oct-25	
Nombre	Ingrid Alicia Manjarres Diaz							Identificación	57434604		Edad	53	
Ciudad	Santa Marta						Cargo	Auxiliar de Enfermeria					
Departamento	Magdalena						Celular	3188028388					
Fecha retiro		Tiempo labora	12	Años	EPS	Sanitas							

RIESGOS A LOS QUE ESTAN EXPUESTOS											
Biológico		**Físico**		**Biomecánico**		**Químico**		**C. Seguridad**	
Virus	X	Ruido		Posturas	X	Polvos		Mecánico	x
Bacterias	X	Iluminación		Esfuerzo		Fibras		Eléctrico	
Hongos	X	Vibración		Mov. Repetitivo	x	Líquidos		Locativo	X
Parásitos	X	Temperatura	X	Men. Cargas		Gases		Tecnológico	
Picaduras	x	Presión				Vapores		Ac. Transito	x
Mordeduras	x	R. ionizantes				Humos		Públicos	x
Fluidos	x	R. no ionizantes				Mat. Particulado		Tr. Alturas	
Excrementos	x								

Psicosociales		**F. Naturales**	
Gestión Organizacional	X	Sismo	X
Organización Trabajo	X	Terremoto	X
Grupo Social Trabajo	X	Vendeval	X
Condición Tarea	X	Inundación	X
Interface Personal/Tarea		Derrumbe	x
Jornada de Trabajo	x	Precipitaciones	x

CONCEPTO

Hago constar que en la fecha, se examinó al trabajador y/p aspirante suscrito, dentro del examen solicitado con el siguiente cuadro de valoración

APTO	**X**	
APTO CON PATOLOGÍAS QUE NO RESTRINGE LABORES DE SU CARGO		
APTO CON PATOLOGÓAS QUE RESTINGE LABORES DE SU CARGO		
EGRESO SATISFACTORIO		
EGRESO NO SATISFACTORIO		

CONDUCTA

RESTRICCIONES	RECOMENDACIONES
sin restricciones	Realizar pautas activas 3 veces al dia
	Poner en practica las posturas adecuadas
	Actitud positiva para prevenir el estrés laboral y social
	Acudir a sus controles medicos de forma regular
	usar los elementos de proteccion

NOTA: Este certificado es fiel transcripcion de la historia clinica del trabajador y se tuvo en cuenta ls resultados exámenes parclínicos o pruebas complementarias.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo al doctor (A) a bajo menionado para realizar mi examen médico ocupacional refistrado en este documento. El Doctor (a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y proposito del examen. He comprendo y he tenido la oportunidad de analizar el propósito los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesfos del examen médocp a partir de la asesoria brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y veridicas. Autorizo al Doctor (a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento para el bien cumplimiento del Sistema de Gestón de Seguridad y Salud en el Trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la historia a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifisesto que he leido y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados anres de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Eladia Huelvas T.

Médico Especialista en Seguridad y Salud en el trabajo

C.C. No: 57117208

Registro 2444 del 16-08-22

Firma y C.C del Trabajador