DR. JUAN CAMILO CASTRO CORDOBA
MEDICO ESP. SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

DR. JUAN CAMILO CASTRO CORDOBA
MEDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

TELEFONO: 3142459197

LICENCIA STT 8468-2022 RM. 1013668259



CODIGO ID
1022981114

CERTIFICADO MEDICO

EMPRESA: **A QUIEN INTERESE** FECHA: 25/11/2025

TIPO DE VALORACION:	INGRESO	
NOMBRES	1ER APELLIDO	2DO APELLIDO
YULI CATERINE	RUIZ	

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: 1022981114

CARGO: AUXILIAR DE ENFERMERIA

EXAMENES PRACTICADOS

Examen	SI	NO	LABORATORIOS	SI	NO
Evaluacion Medico Ocupacional	X				

RESULTADO DE VALORACION MEDICA

EXAMEN DE INGRESO

SIN RESTRICCIONES			
CON RESTRICCIONES	X	MOTIVO	USO DE CORRECCION VISUAL – GAFAS PERMANENTES
		MOTIVO	
		MOTIVO	

OSTEOMUSCULAR

EXAMEN OSTEOMUSCULAR	NORMAL	X	ANORMAL	

RECOMENDACIONES ESPECIFICAS

EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL (INGRESO). SATISFACTORIO.
TRABAJADOR (A) SIN RESTRICCIONES MEDICAS PARA DESEMPEÑAR EL CARGO : (0)
RECOMENDACIONES OCUPACIONALES : 1) USAR LOS E.P.P.
2) HACER LAS PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL.
3) MANTENER UNA POSTURA CORPORAL CORRECTA.
4) HACER LAS TAREAS SEGÚN LAS NORMAS Y PROTOCOLOS DE LA EMPRESA PARA PREVENIR LOS (ATEP).

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

MEDIDAS		OCUPACIONALES				HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	
REMISION A EPS	NO	USO DE EPP	SI			INICIO DE ACTIVIDAD FISICA	SI
		INGRESO A SVE	NO			VERIFICAR Y/O COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACION	NO
CONTINUAR MANEJO MEDICO	NO	SIVIG - OTOM	NO			DEJAR DE FUMAR	NO
		SIVIG - OIR (Ruido)	NO	SIVIG-Visual	NO	PAUSAS ACTIVAS	SI
SEGUIMIENTO CASO POR ARL	NO	SIVIG - Sustancias Quimicas			NO	REDUCIR CONSUMO DE ALCOHOL	NO
		SIVIG- Biologico			NO	DIETA BAJA EN GRASAS Y/O HARINAS	NO
CITOLOGIA VAGINAL	NO	SIVIG - Radiaciones ionizantes			NO	CONTOL DE PESO	NO
		SIVIG- Psicolaboral			NO		
		SIVIG - Cardiovascular			NO	OTRO	CUAL

Se realizo encuesta epidemiologica al ingreso a la institucion sobre sintomas de covid-19, contacto con pacientes sospechosos o confirmados de covid-19 y la realizacion de viajes en ultimos 15 dias. Se realizo lavado de manos según las recomendaciónes de la oms, en los cinco momentos, en tecnica y duracion, ademas se utiliza equipo de proteccion personal y las medidas de proteccion del paciente para covid-19, tambien se realiza limpieza y desinfeccion de los equipos despues de la atencion de cada paciente.

Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realicen de manera voluntaria el examen medico ocupacional y/o examenes complementarios y dejo constancia que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento del examen medico ocupacional y/o examenes complementarios y referenciados en este documento. Comprendo el proposito, los beneficios, interpretacion, limitaciones y riesgos del examen medico ocupacional y/o examenes complentarios a partir de la informacion recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que no he omitido ningun dato relevante sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y/o familiares que pudiesen influir sobre mi estado de salud. Certifico que toda la informacion expresada en este documento es verdadera y completa y acepto el manejo de confidencialidad que la empresa de a la misma. Autorizo que suministren la informacion necesaria a las personas o entidades cotempladas en la legislacion para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional

NOMBRE DEL MEDICO - FIRMA - REGISTRO Y LICENCIA S.O.

Dr Juan Camilo Castro C.
Medico general Esp. en seguridad y salud en el trabajo
R.M 1013668259
R. SST 8468 de 2022

FIRMA DEL TRABAJADOR Y CC

Yuli Caterine Ruiz
CC: 1022981114 Bogotá