

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL										FUNDADORES SST	
										Código de Prestador 160010767401	No.
1. INFORMACIÓN DEL EXAMEN											
FECHA	DÍA	MES	AÑO	INGRESO	☐ PERIÓDICO	☒	EGRESO	☐ REUBICACIÓN	☐	CARGO Secretario.	EMPRESA GOBERNACION DEL CAQUETA
2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR											
NOMBRE Y APELLIDOS: Alberto Magno Velazquez										SEXO: ☒ Femenino ☐ Masculino	
LUGAR DE NACIMIENTO: Puerto Puerto.				EDAD: 50		FECHA DE NACIMIENTO		DD: 28 MM: 03 AA: 70		CEDULA DE CIUDADANÍA: 17645665	
ESTADO CIVIL: ☐ SOLTERO ☒ CASADO				UNIÓN LIBRE							
NIVEL DE ESCOLARIDAD: TECNICO				PROFESIÓN:				TIEMPO EN LA PROFESIÓN:			
DIRECCIÓN RESIDENCIA: calle 28 N 10-33										TELÉFONO: 3123084132	
3. EXÁMENES PARA CLÍNICOS OCUPACIONALES											
TIPO DE EXÁMENES		LABS	N	A	TIPO DE EXÁMENES		LABS	N	A	TIPO DE EXÁMENES	
SEROLOGIA					GLUCEMIA					AUDIOMETRÍA	
BASIOSCOPIA					PERFIL LIPIDICO					VISIOMETRIA	
KOH UÑAS					COPROLOGICO					ESPIROMETRÍA	
FROTIS DE GARGANTA					PARCIAL DE ORINA					ELECTROCARDIOGRAMA	
OTROS											
4. ENFASIS DEL EXAMEN											
EXAMEN OSTEOMUSCULAR										X.	
5. CONCEPTO DE APTITUD PARA EL OFICIO											
PERIODICO CON RESTRICCIONES										X	
PERIODICO SIN RESTRICCIONES										Restricción temporal.	
PERIODICO APLAZADO											
6. CONDUCTAS											
MANEJO POR EPS Y ARL				OCUPACIONALES				HABITOS Y ESTILOS DE VIDA			
CONTROL PYP EPS ☐				CONTROL PERIODICO OCUPACIONAL ☐				DIETA ☒			
REMISION A EPS ☐				HIGIENE POSTURAL ☐				EJERCICIOS REGULAR ☒			
CONTINUAR MANEJO MEDICO ☐				USO EPP ☒				NO FUMAR ☒			
REMISION ARL PARA MANEJO DE CASO ☐				USO AYUDAS ERGONOMICAS ☐				REDUCIR ALCOHOL ☒			
SEGUIMIENTO CASO ARL ☐				PRUEBAS COMPLEMENTARIAS							
7. RECOMENDACIONES											
REMISIÓN A EPS: SI _____ NO _____ CUAL?											
TRATAMIENTO: SI _____ NO _____ CUAL?											
RECOMENDACIONES: SE EDUCA EN HIGIENE POSTURAL Y MANEJO DE CARGAS - USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL INDICADOS PARA SU AREA DE TRABAJO - SE EDUCA EN ESTILOS DE VIDA SANO (ALIMENTACION SALUDABLE, LAVADO DE MANOS AL MANIPULAR ALIMENTOS, REALIZAR ACTIVIDADES FISICA) - REALIZAR PAUSAS ACTIVAS EN SU TRABAJO AL MENOS CADA 2 HORAS POR MINIMO 5 MINUTOS - CUMPLIR ACTIVIDADES DE SST DE SU EMPRESA - USO DE TAPABOCAS PERMANENTE Y DISTANCIAMIENTO SOCIAL DURANTE PANDEMIA POR COVID 19.											
- Continuar control de hipertensión por su IPS - Asistir a médico general por IPS para manejo de contusión de codo y pierna derecha. - Control por nutrición de su IPS. - Evitar saltos y carga de >10kg hasta valoración médica (restricción temporal).											
EL TRABAJADOR EXAMINADO CERTIFICA QUE NO OMITIÓ NINGÚN DATO RELEVANTE SOBRE SUS ANTECEDENTES (OCUPACIONALES, PERSONALES Y FAMILIARES) QUE PUDIESEN INFLUIR SOBRE SU ESTADO DE SALUD Y QUE TODA LA INFORMACIÓN EXPRESADA POR EL, PARA LA ELABORACIÓN DE ESTE DOCUMENTO ES CIERTA, ADEMÁS AUTORIZA SU ENVÍO AL EMPLEADOR											
FIRMA MEDICO: 						FIRMA TRABAJADOR:					
DR. JHONATHAN BARRERA C.C. 1049622905-RM: 1049622905 MEDICO OCUPACIONAL LIC. 00341-147/11/2019						C.C. 17.645.665					