

27

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL										FUNDADORES SST	
										Código de Prestador	No.
										180010767401	
1. INFORMACIÓN DEL EXAMEN											
FECHA	DIA	MES	AÑO	INGRESO	☐	PERIÓDICO	☒	CARGO	EMPRESA		
	28	12	2020	EGRESO	☐	REUBICACIÓN	☐	Secretario planeacion	GOBERNACION DEL CAQUETA		
2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR											
NOMBRE Y APELLIDOS: Ancizar Morin Corred								SEXO	Femenino ☐	Masculino ☒	
LUGAR DE NACIMIENTO: Florencia				EDAD	53	FECHA DE NACIMIENTO		DD	MM	AA	CEDULA DE CIUDADANIA
								11	09	64	176601773
ESTADO CIVIL: SOLTERO ☐				CASADO ☐				UNIÓN LIBRE			
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Maestría				PROFESIÓN:				TIEMPO EN LA PROFESIÓN:			
DIRECCIÓN RESIDENCIA: Csd y B sus N 8-12								TELÉFONO: 3118987603			
3. EXÁMENES PARA CLÍNICOS OCUPACIONALES											
TIPO DE EXÁMENES		LABS	N	A	TIPO DE EXÁMENES		LABS	N	A	TIPO DE EXÁMENES	
SEROLOGIA					GLUCEMIA					AUDIOMETRÍA	PRUEB. FUN
BASIOSCOPIA					PERFIL LIPIDICO					VISIOMETRÍA	N
KOH UÑAS					COPROLOGICO					ESPIROMETRÍA	A
FROTIS DE GARGANTA					PARCIAL DE ORINA					ELECTROCARDIOGRAMA	
OTROS											
4. ENFASIS DEL EXAMEN											
EXAMEN OSTEOMUSCULAR ☒											
5. CONCEPTO DE APTITUD PARA EL OFICIO											
PERIODICO CON RESTRICCIONES											
PERIODICO SIN RESTRICCIONES ☒											
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.											
- Control de peso por nutricion											
- Afirmamiento de la posion anterior.											
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.							