



CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

FUNDADORES SST

Código de Prestador
180010767401

No.

FECHA	DIA	MES	AÑO	INGRESO	☐ PERIÓDICO	☒	1. INFORMACIÓN DEL EXAMEN	CARGO	EMPRESA
	28	12	2020	EGRESO	☐ REUBICACIÓN	☐		Agente tránsito.	GOBERNACION DEL CAQUETA

NOMBRE Y APELLIDOS:		Benito Cedeño Cerquera		SEXO	femenino	☐ masculino	☒
LUGAR DE NACIMIENTO		EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	DD	MM	AA	CEDULA DE CIUDADANÍA
florencia		53		7	11	67	17641618
ESTADO CIVIL:	SOLTERO	☐ CASADO	☐	UNIÓN LIBRE	☒		
NIVEL DE ESCOLARIDAD:	Bachiller	PROFESIÓN:					
DIRECCIÓN RESIDENCIA:	Manzana D casa 14					TIEMPO EN LA PROFESIÓN:	
					TELÉFONO:	3118368720	

TIPO DE EXÁMENES		LABS	N	A	TIPO DE EXÁMENES		LABS	N	A	TIPO DE EXÁMENES		PRUEB. FUN	N	A
SEROLOGÍA					GLUCEMIA					AUDIOMETRÍA				
BASÍLOSCOPIA					PERFIL LIPÍDICO					VISIOMETRÍA				
KOH UÑAS					COPROLOGICO					ESPIROMETRÍA				
FROTIS DE GARGANTA					PARCIAL DE ORINA					ELECTROCARDIOGRAMA				
OTROS														

4. ENFASIS DEL EXAMEN	
EXAMEN OSTEOMUSCULAR	☒

5. CONCEPTO DE ACTITUD PARA EL OFICIO	
PERIÓDICO CON RESTRICCIONES	
PERIÓDICO SIN RESTRICCIONES	☒
PERIÓDICO APLAZADO	

MANEJO POR EPS Y ARL		6. CONDUCTAS	
CONTROL PYP EPS	☐	OCUPACIONALES	
REMISIÓN A EPS	☐	CONTROL PERIÓDICO OCUPACIONAL	☐
CONTINUAR MANEJO MEDICO	☐	HIGIENE POSTURAL	☒
REMISIÓN ARL PARA MANEJO DE CASO	☐	USO EPP	☒
SEGUIMIENTO CASO ARL	☐	USO AYUDAS ERGONOMICAS	☐
		PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	
		HABITOS Y ESTILOS DE VIDA	
		DIETA	☒
		EJERCICIOS REGULAR	☒
		NO FUMAR	☒
		REDUCIR ALCOHOL	☒

7. RECOMENDACIONES	
REMISIÓN A EPS: SI	NO
TRATAMIENTO: SI	NO

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.

Afinamiento de presión arterial por su IPS.

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:

DR. JHONATHAN BARRERA

C.C. 1049622905-RM: 1049622905 MEDICO OCUPACIONAL LIC. 00341-147/11/2019

FIRMA TRABAJADOR:

C.C.