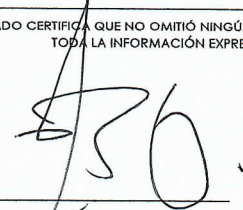


|  <b>CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |     |     |      |                                                        |                                      |                                                                                                                                                              |                                          |                                                        |               | FUNDADORES SST                        |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------|---------------------------------------|-----|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |     |     |      |                                                        |                                      |                                                                                                                                                              |                                          |                                                        |               | Código de Prestador<br>180010767401   | No. |
| <b>1. INFORMACIÓN DEL EXÁMEN</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |     |     |      |                                                        |                                      |                                                                                                                                                              |                                          |                                                        |               |                                       |     |
| FECHA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | DÍA | MES | AÑO  | INGRESO                                                | <input type="checkbox"/> PERIÓDICO   | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                          | CARGO<br><b>Auxiliar Administrativo.</b> |                                                        |               | EMPRESA<br>GOBERNACION DEL CAQUETA    |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 28  | 12  | 2020 | EGRESO                                                 | <input type="checkbox"/> REUBICACIÓN | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                     |                                          |                                                        |               |                                       |     |
| <b>2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |     |      |                                                        |                                      |                                                                                                                                                              |                                          |                                                        |               |                                       |     |
| NOMBRE Y APELLIDOS: <b>Betzzy torres Sabi</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |     |     |      |                                                        |                                      | SEXO: Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>                                                                        |                                          |                                                        |               |                                       |     |
| LUGAR DE NACIMIENTO: <b>Belendelos.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |     |     |      | EDAD: <b>48</b>                                        | FECHA DE NACIMIENTO                  |                                                                                                                                                              | DD: <b>19</b>                            | MM: <b>05</b>                                          | AA: <b>72</b> | CEDULA DE CIUDADANÍA: <b>40776246</b> |     |
| ESTADO CIVIL: SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |     |      | UNIÓN LIBRE                                            |                                      |                                                                                                                                                              |                                          |                                                        |               |                                       |     |
| NIVEL DE ESCOLARIDAD: <b>Tecnico</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |     |      | PROFESIÓN: <b>Auxiliar Administrativo</b>              |                                      |                                                                                                                                                              |                                          | TIEMPO EN LA PROFESIÓN:                                |               |                                       |     |
| DIRECCIÓN RESIDENCIA: <b>Csa 2 - N 33 - 34</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |     |      |                                                        |                                      | TELÉFONO: <b>315 542 4964</b>                                                                                                                                |                                          |                                                        |               |                                       |     |
| <b>3. EXÁMENES PARA CLÍNICOS OCUPACIONALES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |     |      |                                                        |                                      |                                                                                                                                                              |                                          |                                                        |               |                                       |     |
| TIPO DE EXÁMENES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |     |     | LABS | N                                                      | A                                    | TIPO DE EXÁMENES                                                                                                                                             |                                          |                                                        | LABS          | N                                     | A   |
| SEROLOGÍA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |     |      |                                                        |                                      | GLICEMIA                                                                                                                                                     |                                          |                                                        |               |                                       |     |
| BASIOSCOPIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |     |     |      |                                                        |                                      | PERFIL LIPÍDICO                                                                                                                                              |                                          |                                                        |               |                                       |     |
| KOH UÑAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |     |      |                                                        |                                      | COPROLOGICO                                                                                                                                                  |                                          |                                                        |               |                                       |     |
| FROTIS DE GARGANTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |     |     |      |                                                        |                                      | PARCIAL DE ORINA                                                                                                                                             |                                          |                                                        |               |                                       |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |     |     |      |                                                        |                                      | OTROS                                                                                                                                                        |                                          |                                                        |               |                                       |     |
| <b>4. ENFASIS DEL EXÁMEN</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |     |     |      |                                                        |                                      |                                                                                                                                                              |                                          |                                                        |               |                                       |     |
| <b>EXAMEN OSTEOMUSCULAR</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |     |     |      |                                                        |                                      | <b>X.</b>                                                                                                                                                    |                                          |                                                        |               |                                       |     |
| <b>5. CONCEPTO DE APTITUD PARA EL OFICIO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |     |     |      |                                                        |                                      |                                                                                                                                                              |                                          |                                                        |               |                                       |     |
| <b>PERIODICO CON RESTRICCIONES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |     |     |      |                                                        |                                      |                                                                                                                                                              |                                          |                                                        |               |                                       |     |
| <b>PERIODICO SIN RESTRICCIONES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |     |     |      |                                                        |                                      | <b>X</b>                                                                                                                                                     |                                          |                                                        |               |                                       |     |
| <b>PERIODICO APLAZADO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |     |      |                                                        |                                      |                                                                                                                                                              |                                          |                                                        |               |                                       |     |
| <b>6. CONDUCTAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |     |     |      |                                                        |                                      |                                                                                                                                                              |                                          |                                                        |               |                                       |     |
| MANEJO POR EPS Y ARL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |     |      | OCUPACIONALES                                          |                                      |                                                                                                                                                              |                                          | HABITOS Y ESTILOS DE VIDA                              |               |                                       |     |
| CONTROL PYP EPS <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |     |      | CONTROL PERIODICO OCUPACIONAL <input type="checkbox"/> |                                      |                                                                                                                                                              |                                          | DIETA <input checked="" type="checkbox"/>              |               |                                       |     |
| REMISION A EPS <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |     |     |      | HIGIENE POSTURAL <input checked="" type="checkbox"/>   |                                      |                                                                                                                                                              |                                          | EJERCICIOS REGULAR <input checked="" type="checkbox"/> |               |                                       |     |
| CONTINUAR MANEJO MEDICO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |     |     |      | USO EPP <input checked="" type="checkbox"/>            |                                      |                                                                                                                                                              |                                          | NO FUMAR <input checked="" type="checkbox"/>           |               |                                       |     |
| REMISION ARL PARA MANEJO DE CASO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |     |      | USO AYUDAS ERGONOMICAS <input type="checkbox"/>        |                                      |                                                                                                                                                              |                                          | REDUCIR ALCOHOL <input checked="" type="checkbox"/>    |               |                                       |     |
| SEGUIMIENTO CASO ARL <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |     |     |      | PRUEBAS COMPLEMENTARIAS                                |                                      |                                                                                                                                                              |                                          |                                                        |               |                                       |     |
| <b>7. RECOMENDACIONES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |     |      |                                                        |                                      |                                                                                                                                                              |                                          |                                                        |               |                                       |     |
| REMISIÓN A EPS: SI _____ NO _____ CUAL?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |     |     |      |                                                        |                                      |                                                                                                                                                              |                                          |                                                        |               |                                       |     |
| TRATAMIENTO: SI _____ NO _____ CUAL?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |     |      |                                                        |                                      |                                                                                                                                                              |                                          |                                                        |               |                                       |     |
| <b>RECOMENDACIONES:</b> 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. |     |     |      |                                                        |                                      |                                                                                                                                                              |                                          |                                                        |               |                                       |     |
| 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:<br><br><b>DR. JHONATHAN BARRERA</b><br><small>C.C.1049622905-RM:1049622905 MEDICO OCUPACIONAL LIC.00341-147/11/2019</small>                                                                                                                                                                                                                                                                             |     |     |      |                                                        |                                      | FIRMA TRABAJADOR:<br><br><b>Betzy Torres Sabi</b><br><small>C.C.</small> |                                          |                                                        |               |                                       |     |