

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL										FUNDADORES SST	
										Código de Prestador 180010767401	No.
1. INFORMACIÓN DEL EXAMEN											
FECHA	DIA	MES	AÑO	INGRESO	☐ PERIÓDICO	☒	CARGO			EMPRESA	
	28	12	2020	EGRESO	☐ REUBICACIÓN	☐	Auxiliar Administrativo			GOBERNACION DEL CAQUETA	
2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR											
NOMBRE Y APELLIDOS:						SEXO		Femenino ☐ Masculino ☒			
LUGAR DE NACIMIENTO						EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	DD	MM	AA	CEDULA DE CIUDADANÍA
Bogotá						33	7	05	65	13	172 555
ESTADO CIVIL: SOLTERO ☒ CASADO ☐						UNIÓN LIBRE					
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller						PROFESIÓN:			TIEMPO EN LA PROFESIÓN:		
DIRECCIÓN RESIDENCIA: Calle 20 N 20 - 16						TELÉFONO:			3202194246		
3. EXÁMENES PARACLINICOS OCUPACIONALES											
TIPO DE EXÁMENES				LABS		N		A		TIPO DE EXÁMENES	
SEROLOGIA				GLICEMIA						AUDIOMETRÍA	
BASIOSCOPIA				PERFIL LIPIDICO						VISIOMETRIA	
KOH UÑAS				COPROLOGICO						ESPIROMETRÍA	
FROTIS DE GARGANTA				PARCIAL DE ORINA						ELECTROCARDIOGRAMA	
4. ENFASIS DEL EXAMEN											
EXAMEN OSTEOMUSCULAR										X	
5. CONCEPTO DE APTITUD PARA EL OFICIO											
PERIODICO CON RESTRICCIONES											
PERIODICO SIN RESTRICCIONES										X	
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.											
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						13172555					
C.C.1049622905-RM:1049622905 MEDICO OCUPACIONAL LIC.00341-147/11/2019						C.C.					