

| CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |     |     |      |                               |                                      |                                     |                                |                                                                                 |            | FUNDADORES SST                      |     |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|------|-------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------------------------------|-----|--|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |     |     |      |                               |                                      |                                     |                                |                                                                                 |            | Código de Prestador<br>180010767401 | No. |  |
| 1. INFORMACIÓN DEL EXAMEN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |     |      |                               |                                      |                                     |                                |                                                                                 |            |                                     |     |  |
| FECHA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | DIA | MES | AÑO  | INGRESO                       | <input type="checkbox"/> PERIÓDICO   | <input checked="" type="checkbox"/> | CARGO                          | EMPRESA                                                                         |            |                                     |     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 28  | 12  | 2020 | EGRESO                        | <input type="checkbox"/> REUBICACIÓN | <input type="checkbox"/>            |                                |                                                                                 |            |                                     |     |  |
| Tecnico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |     |     |      |                               |                                      |                                     | operativo.                     |                                                                                 |            |                                     |     |  |
| GOBERNACION DEL CAQUETA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |     |     |      |                               |                                      |                                     |                                |                                                                                 |            |                                     |     |  |
| 2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |     |      |                               |                                      |                                     |                                |                                                                                 |            |                                     |     |  |
| NOMBRE Y APELLIDOS: Martha Cecilia Toledo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |     |      |                               |                                      |                                     | SEXO                           | Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> |            |                                     |     |  |
| LUGAR DE NACIMIENTO: Bogotá                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |     |     |      | EDAD: 57                      | FECHA DE NACIMIENTO: 28/09/63        |                                     | CEDULA DE CIUDADANÍA: 40763144 |                                                                                 |            |                                     |     |  |
| ESTADO CIVIL: SOLTERO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |     |      | CASADO                        |                                      | UNIÓN LIBRE                         |                                | TIEMPO EN LA PROFESIÓN:                                                         |            |                                     |     |  |
| NIVEL DE ESCOLARIDAD: profesional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |     |     |      | PROFESIÓN:                    |                                      | TELÉFONO: 313 4600129               |                                |                                                                                 |            |                                     |     |  |
| DIRECCIÓN RESIDENCIA: Nueva EPS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |     |     |      |                               |                                      |                                     |                                |                                                                                 |            |                                     |     |  |
| 3. EXÁMENES PARACLÍNICOS OCUPACIONALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |     |     |      |                               |                                      |                                     |                                |                                                                                 |            |                                     |     |  |
| TIPO DE EXÁMENES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |     |     | LABS | N                             | A                                    | TIPO DE EXÁMENES                    |                                |                                                                                 | PRUEB. FUN | N                                   | A   |  |
| SEROLOGÍA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |     |      |                               |                                      | AUDIOMETRÍA                         |                                |                                                                                 |            |                                     |     |  |
| BASILOSCOPIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |     |      |                               |                                      | VISIOMETRÍA                         |                                |                                                                                 |            |                                     |     |  |
| KOH UÑAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |     |      |                               |                                      | ESPIROMETRÍA                        |                                |                                                                                 |            |                                     |     |  |
| FROTIS DE GARGANTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |     |      |                               |                                      | ELECTROCARDIOGRAMA                  |                                |                                                                                 |            |                                     |     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |     |     |      |                               |                                      | OTROS                               |                                |                                                                                 |            |                                     |     |  |
| 4. ENFASIS DEL EXAMEN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |     |      |                               |                                      |                                     |                                |                                                                                 |            |                                     |     |  |
| EXAMEN OSTEOMUSCULAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |     |     |      |                               |                                      |                                     | X                              |                                                                                 |            |                                     |     |  |
| 5. CONCEPTO DE APTITUD PARA EL OFICIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |     |      |                               |                                      |                                     |                                |                                                                                 |            |                                     |     |  |
| PERIÓDICO CON RESTRICCIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |     |     |      |                               |                                      |                                     | X                              |                                                                                 |            |                                     |     |  |
| PERIÓDICO SIN RESTRICCIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |     |     |      |                               |                                      |                                     |                                |                                                                                 |            |                                     |     |  |
| PERIÓDICO APLAZADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |     |      |                               |                                      |                                     |                                |                                                                                 |            |                                     |     |  |
| 6. CONDUCTAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |     |      |                               |                                      |                                     |                                |                                                                                 |            |                                     |     |  |
| MANEJO POR EPS Y ARL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |     |     |      | OCUPACIONALES                 |                                      |                                     |                                | HABITOS Y ESTILOS DE VIDA                                                       |            |                                     |     |  |
| CONTROL PYP EPS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |     |     |      | CONTROL PERIÓDICO 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?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |     |      |                               |                                      |                                     |                                |                                                                                 |            |                                     |     |  |
| <p>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 (ALIMENTACIÓN 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.</p> <p>- Asistir a medicina general y fisioterapia por IPS para manejo de hombro doloroso</p> <p>- Evitar cargas de &gt;5kg - No posiciones forzadas o prolongadas de brazos a nivel o encima de hombros - No vibración en extremidades superiores.</p> |     |     |      |                               |                                      |                                     |                                |                                                                                 |            |                                     |     |  |
| <p>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</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |     |      |                               |                                      |                                     |                                |                                                                                 |            |                                     |     |  |
| FIRMA MEDICO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |     |      | FIRMA TRABAJADOR:             |                                      |                                     |                                |                                                                                 |            |                                     |     |  |
| DR. JONATHAN BARRERA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |     |     |      | C.C. 40763144                 |                                      |                                     |                                |                                                                                 |            |                                     |     |  |
| C.C.1049622905-RM:1049622905 MEDICO OCUPACIONAL LIC.00341-147/11/2019                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |     |      |                               |                                      |                                     |                                |                                                                                 |            |                                     |     |  |