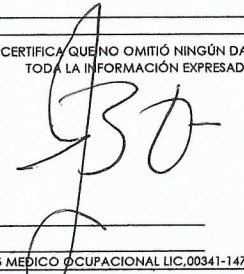


 CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL										FUNDADORES SST	
										Código de Prestador 180010767401	No.
1. INFORMACIÓN DEL EXAMEN											
FECHA	DIA	MES	AÑO	INGRESO	☐ PERIÓDICO	☒	CARGO	EMPRESA			
	28	12	2020	EGRESO	☐ REUBICACIÓN	☐	Profesional Universitario	GOBERNACION DEL CAQUETA			
2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR											
NOMBRE Y APELLIDOS: <u>Nestor Eduardo Resalta</u>							SEXO	Femenino ☐	Masculino ☒		
LUGAR DE NACIMIENTO: <u>Florencia</u>				EDAD: <u>27</u>	FECHA DE NACIMIENTO		DD	MM	AA	CEDULA DE CIUDADANÍA	
							18	05	93	1010208341	
ESTADO CIVIL: <u>SOLTERO</u>				CASADO ☐		UNIÓN LIBRE					
NIVEL DE ESCOLARIDAD: <u>Maestría</u>				PROFESIÓN:		TIEMPO EN LA PROFESIÓN:					
DIRECCIÓN RESIDENCIA: <u>crd 4 U20 - 11</u>						TELÉFONO: <u>316 626 5609</u>					
3. EXÁMENES PARACLÍNICOS OCUPACIONALES											
TIPO DE EXÁMENES		LABS	N	A	TIPO DE EXÁMENES		LABS	N	A	TIPO DE EXÁMENES	
SEROLOGIA					GLUCEMIA					AUDIOMETRÍA	
BASIOSCOPIA					PERFIL LIPIDICO					VISIOMETRÍA	
KOH UÑAS					COPROLOGICO					ESPIROMETRÍA	
FROTIS DE GARGANTA					PARCIAL DE ORINA					ELECTROCARDIOGRAMA	
OTROS											
4. ÉNFASIS 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.											
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.					