

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL										FUNDADORES SST	
										Código de Prestador 180010767401	No.
1. INFORMACIÓN DEL EXAMEN											
FECHA	DIA	MES	AÑO	INGRESO	☐ PERIÓDICO	☒	CARGO Directos tecnico tributario			EMPRESA GOBERNACION DEL CAQUETA	
	28	12	2020	EGRESO	☐ REUBICACIÓN	☐					
2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR											
NOMBRE Y APELLIDOS: Nilson Moseno OROZCO						SEXO		Femenino ☐	Masculino ☒		
LUGAR DE NACIMIENTO Dancello				EDAD	40	FECHA DE NACIMIENTO		DD	MM	AA	CEDULA DE CIUDADANÍA
								2	01	72	96 332 944
ESTADO CIVIL: SOLTERO ☐ CASADO ☒						UNIÓN LIBRE					
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Especializado						TIEMPO EN LA PROFESIÓN:					
DIRECCIÓN RESIDENCIA: Transversal 2 A Bis 11-36						TELÉFONO:		311 227 1055			
3. EXÁMENES PARACLÍNICOS OCUPACIONALES											
TIPO DE EXÁMENES		LABS	N	A	TIPO DE EXÁMENES		LABS	N	A	TIPO DE EXÁMENES	PRUEB.FUN
SEROLOGIA					GLICEMIA					AUDIOMETRÍA	
BASIOSCOPIA					PERFIL LIPIDICO					VISIOMETRIA	
KOH UÑAS					COPROLOGICO					ESPIROMETRÍA	
FROTIS DE GARGANTA					PARCIAL DE ORINA					ELECTROCARDIOGRAMA	
4. ENFASIS 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:						FIRMA TRABAJADOR:					
DR. JHONATHAN BARRERA						C.C. 96329411					
C.C.1049622905-RM:1049622905 MEDICO OCUPACIONAL LIC.00341-147/11/2019											