Licencia 00369 de 20 de Noviembre de 2017 expedida por la Secretaria Deptal del Caqueta

**Certificado Medico Ocupacional No.**

**012914**

**Fecha/Hora EXAMEN**

28/12/2020 07:52 a.m.

**Clase de Certificado**

**Evaluación Médica Periódica Programada**

**FLORENCIA - CAQUETA**

## WILLIAM CAMPOS ALMARIO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Documento | **96353441** | (•) Masculino | ( ) Femenino |
| Fecha Nacimiento | ***21-jul-74*** | Lugar | ***EL DONCELLO*** |
| Dirección | ***BRR 12 OCTUBRE*** | | |
| Teléfono/Movil | ***(320)232-28-17*** | | ***FLORENCIA, CAQUTA*** |
| Tipo Sangre - RH | ***A +*** | Estado Civil | ***Unión Libre*** |
| Escolaridad | ***Secundaria*** | Servicio Militar | ***NO*** |
| Empresa | ***GOBERNACION DEL CAQUETA*** | | |
| Cargo | ***AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES*** | | |

| EPS: Nueva Promotora de Salud Nueva EPS | ARL: Otras | AFP: Otras |
|---|---|---|

### EXAMENES PARACLINICOS OCUPACIONALES

| TIPO EXAMENES | FECHA | N | A | TIPO EXAMENES | FECHA | N | A | TIPO EXAMENES | FECHA | N | A |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SEROLOGIA I | | | | COLESTEROL TOTAL | | | | RX PANORAM. COLUMNA | | | |
| SEROLOGIA II | | | | BACILOSCOPIA | | | | RX TORAX | | | |
| VIH | | | | HEMOCLASIFICACION | | | | RX COLUMNA CERVICAL | | | |
| CUADRO HEMATICO | | | | CREATININA | | | | RX COLUMNA DORSAL | | | |
| GLICEMIA | | | | PARCIAL DE ORINA | | | | RX LUMBOSACRA | | | |
| PERFIL LIPIDICO | | | | TGO/TGP | | | | RX COLUMNA TOTAL | | | |
| COPROLOGICO | | | | PANEL DE DROGAS | | | | OTROS | | | |
| KOH DE UÑAS | | | | ELECTROCARDIOGRAMA | | | | AUDIOMETRIA | | | |
| FROTIS DE GARGANTA | | | | ESPIROMETRIA | | | | OPTOMETRIA | | | |
| TRIGLICERIDOS | | | | | | | | PSICOMOTRIZ | | | |

### PRUEBAS ADICIONALES REQUERIDAS PARA EL CARGO

NO

### 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 | ☐ | PAUSAS ACTIVAS | ☑ |

### CONCEPTO DE APTITUD PARA EL OFICIO

**EXAMEN MEDICO PERIODICO SIN RESTRICCIONES**

### DIAGNOSTICO Y RECOMENDACIONES

OBSERVACIONES: EXAMEN OSTEOMUSCULAR NORMAL

RESTRICCIONES-LIMITACIONES: NO

RECOMENDACIONES: SE EDUCA EN HIGIENE POSTURAL, MANEJO DE CARGAS EN SITIO DE TRABAJO Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL INDICADOS POR LA EMPRESA. CUMPLIR CON ACTIVIDADES DE SST DE LA EMPRESA. RECOMENDACIONES SOBRE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES (DIETA HIPOGRASA, AUMENTO DE CONSUMO DE FRUTAS Y VEGETALES FRESCOS Y LAVADOS; LAVADO DE MANOS PREVIO, DURANTE Y POSTERIOR A MANIPULACION DE ALIMENTOS, EVITAR HABITOS TOXICOS: SEDENTARISMO-TABAQUISMO-ALCOHOLISMO). MANTENER LIMPIAS LAS HERRAMIENTAS DE TRABAJO Y LAS SUPERFICIES DE TRABAJO. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS POR AL MENOS 5 MINUTOS EN SU TRABAJO. DURANTE PERIODO DE PANDEMIA POR COVID - 19 USO PERMANENTE DE TAPABOCAS, LAVADO DE MANOS Y DISTANCIAMIENTO SOCIAL MINIMO 2 METROS. RECORDAR QUE TAPABOCAS NO SON REUTILIZABLES Y SON PERSONALES.

AUTORIZO AL PROFESIONAL, MENCIONADO EN ESTE DOCUMENTO, A REALIZAR LOS PROCEDIMIENTOS PERTINENTES PARA EL EXAMEN MEDICO Y/O PARACLINICOS OCUPACIONALES REGISTRADOS EN ESTA EVALUACION MEDICA, TENIENDO DE ANTEMANO CLARIDAD SOBRE EL OBJETIVO DE ESTE EXAMEN. LA REALIZACION DE LAS PRUEBAS REQUERIDAS PARA ESTE EXAMEN FUERON REALIZADAS DE FORMA VOLUNTARIA Y SIN NINGUNA COACCION POR PARTE DE TERCEROS, TENIENDO LA OPORTUNIDAD DE CANCELAR DICHO PROCESO EN CUALQUIER MOMENTO. LA EMPRESA FUNDADORES ME HA ACLARADO QUE DICHA INFORMACION VA A SER DE TIPO CONFIDENCIAL. CERTIFICO QUE NO OMITI NINGUN DATO RELEVANTE SOBRE MIS ANTECEDENTES OCUPACIONALES, PERSONALES Y FAMILIARES QUE PUDIESEN INFLUIR SOBRES MI ESTADO DE SALUD Y QUE TODA LA INFORMACION QUE HE EXPRESADO, PARA LA ELABORACION DE ESTE DOCUMENTO, ES CIERTA, ADEMAS AUTORIZO EL ENVIO DE ESTE INFORME A MI EMPLEADOR.

**JHONATHAN ORLANDO BARRERA ARCINIEGAS**

**RM:1049622905-MEDICO OCUPACIONAL LICENCIASST**

UNIVERSIDAD ECCI

**WILLIAM CAMPOS ALMARIO**

PACIENTE CC: 96353441

**CRC LOS FUNDADORES FLORENCIA NIT. 900.764.056-5**

Carrera11 No. 3-14 B. Barrio Jorge Eliecer Gaitan, Florencia - Caqueta Cel. 3166138575 Tel. 435 25 12

recepcionsstfundadores@gmail.com