



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

**Certificado Medico  
Ocupacional No.**

**013201**

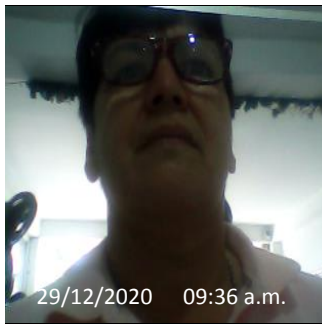
**Fecha/Hora EXAMEN**

**29/12/2020 09:36 a.m.**

**Clase de Certificado**

**Evaluación Médica Periódica  
Programada**

**FLORENCIA - CAQUETA**



**BETTY PINEDA GONZALEZ**

Documento **40728655** ☐ Masculino ☒ Femenino  
Fecha Nacimiento **22-oct-96** Lugar **PUERTO RICO**  
Dirección **CALLE 3 N 245**  
Teléfono/Movil **(321)369-13-76 FLORENCIA, CAQUETA**  
Tipo Sangre - RH **O +** Estado Civil **Soltero/a**  
Escolaridad **Tecnico** Servicio Militar **NO**  
Empresa **GOBERNACION DEL CAQUETA**  
Cargo **AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES**

EPS: Medimas 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 <input type="checkbox"/>                  | CONTROL PERIODICO OCUPACIONAL <input type="checkbox"/> | DIETA <input checked="" type="checkbox"/>              |
| REMISION A EPS <input type="checkbox"/>                   | HIGIENE POSTURAL <input type="checkbox"/>              | EJERCICIOS REGULAR <input checked="" type="checkbox"/> |
| CONTINUAR MANEJO MEDICO <input type="checkbox"/>          | USO EPP <input type="checkbox"/>                       | NO FUMAR <input checked="" type="checkbox"/>           |
| REMISION ARL PARA MANEJO DE CASO <input type="checkbox"/> | USO AYUDAS ERGONOMICAS <input type="checkbox"/>        | REDUCIR ALCOHOL <input checked="" type="checkbox"/>    |
| SEGUIMIENTO CASO ARL <input type="checkbox"/>             | PRUEBAS COMPLEMENTARIAS <input type="checkbox"/>       | PAUSAS ACTIVAS <input checked="" type="checkbox"/>     |

**CONCEPTO DE APTITUD PARA EL OFICIO**

**EXAMEN MEDICO PERIODICO SIN RESTRICCIONES**

**DIAGNOSTICO Y RECOMENDACIONES**

|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OBSERVACIONES               | EXAMEN OSTEOMUSCULAR NORMAL. CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA. CONTROL POR NUTRICION DE IPS PARA MANEJO DEL PESO. ASISTIR A MEDICINA GENERAL PARA AFINAMIENTO Y MANEJO DE LA PRESION ARTERIAL.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 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 PARA CLINICOS 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 SOBRE 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

**BETTY PINEDA GONZALEZ**  
PACIENTE CC: 40728655

**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