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

**Certificado Medico Ocupacional No.**

**012936**

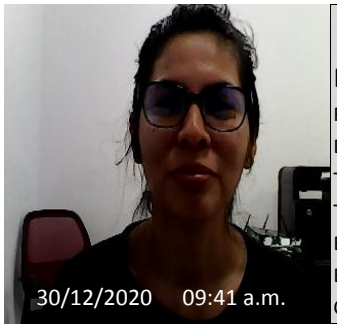
**Fecha/Hora EXAMEN**

30/12/2020 09:41 a.m.

**Clase de Certificado**

**Evaluación Médica Periódica Programada**

**FLORENCIA - CAQUETA**




## DEISSY ROJAS BAMBAGUE

| | | | |
|---|---|---|---|
| Documento | **1117502175** | ○ Masculino | ◉ Femenino |
| Fecha Nacimiento | ***23-jul-88*** | Lugar | ***FLORENCIA*** |
| Dirección | ***CRA 10 N 3 C 35 -37 JORGE ELICER*** | | |
| Teléfono/Movil | ***(314)316-78-51*** | | ***FLORENCIA, CAQUETA*** |
| Tipo Sangre - RH | ***B +*** | Estado Civil | ***Soltero/a*** |
| Escolaridad | | Servicio Militar | ***NO*** |
| Empresa | ***GOBERNACION DEL CAQUETA*** | | |
| Cargo | ***SECRETARIA EJECUTIVA*** | | |

| EPS: SaNITAS | 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 Y MANIPULACION DE CARGAS (POSICIONES ERGONOMICAS EN SU SITIO DE TRABAJO Y MANIPULACION DE HERRAMIENTAS) - USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ASIGNADOS A SU TRABAJO - CUMPLIR ACTIVIDADES DE SST DE LA EMPRESA - SE EDUCA EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - USO DE TAPABOCAS Y DISTANCIAMIENTO SOCIAL PERMANENTE EN SUS LABORES. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS POR MINIMO 5 MINUTOS.

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

**DEISSY ROJAS BAMBAGUE**

PACIENTE CC: 1117502175