



Licencia 00369 de 20 de  
Noviembre de 2017  
expedida por la Secretaría  
Depto del Caqueta

**Certificado Medico  
Ocupacional No.**

**013112**

**Fecha/Hora EXAMEN**

**30/12/2020 02:50 p.m.**

**Clase de Certificado**

**Evaluación Médica Periódica  
Programada**

**FLORENCIA - CAQUETA**



30/12/2020 02:50 p.m.

**EFRAIN CHILITO RIVERA**

Documento **17649274** ☒ Masculino ☐ Femenino  
Fecha Nacimiento **20-jun-72** Lugar **FLORENCIA**  
Dirección **AMERICAS**  
Teléfono/Movil **(321)444-07-79 FLORENCIA, CAQUETA**  
Tipo Sangre - RH **O +** Estado Civil **Unión Libre**  
Escolaridad **Profesional** 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 <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. ASISTIR A NUTRICION Y MEDICINA GENERAL DE FORMA PRIORITARIA PARA CONTROL DE OBESIDAD MORBIDA.

RESTRICCIONES-LIMITACIONES: NO

RECOMENDACIONES: SE EDUCA EN HIGIENE POSTURAL (MANIPULACION DE CARGAS Y POSTURAS EN SU PUESTO DE TRABAJO) - USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ASIGNADOS EN SU SITIO DE TRABAJO - CUMPLIR ACTIVIDADES DE SST DE LA EMPRESA - REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS MINIMO 5 MINUTOS - SE EDUCA EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - USO DE TAPABOCAS PERMANENTE Y DISTANCIAMIENTO SOCIAL DURANTE PANDEMIA POR COVID 19.

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**

**EFRAIN CHILITO RIVERA**

**PACIENTE CC: 17649274**

**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