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

**Certificado Medico Ocupacional No.**

**013154**

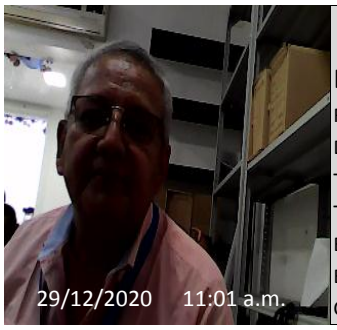
**Fecha/Hora EXAMEN**

29/12/2020 11:01 a.m.

**Clase de Certificado**

**Evaluación Médica Periódica Programada**

**FLORENCIA - CAQUETA**




## GUILLERMO ORTIZ ROMERO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Documento | **17641515** | (•) Masculino | ( ) Femenino |
| Fecha Nacimiento | ***03-jun-66*** | Lugar | ***FLORENCIA*** |
| Dirección | ***CALLE 27 N 12 -10 TORASO*** | | |
| Teléfono/Movil | ***(310)787-27-31*** | | ***FLORENCIA, CAQUETA*** |
| Tipo Sangre - RH | ***O +*** | Estado Civil | ***Casado/a*** |
| Escolaridad | | Servicio Militar | ***NO*** |
| Empresa | ***GOBERNACION DEL CAQUETA*** | | |
| Cargo | ***PROFESIONAL UNIVERSITARIO*** | | |

| 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. CONTROL POR NUTRICION POR SU IPS. CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA. ASSITIR A MEDICINA GENERAL POR DISNEA DE PEQUEÑOS ESFUERZOS, POSIBLE PATOLOGIA OBSTRUCTIVA CRONICA (REALIZAR RADIOGRAFIA DE TORAX Y ESPIROMETRIA)

RESTRICCIONES-LIMITACIONES: NO

RECOMENDACIONES: SE EDUCA EN HIGIENE POSTURAAL (MANIPULACION DE CARGAS Y POSTURAS EN SITIO DE TRABAJO) - PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS MINIMO POR 5 MINUTOS - USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ASIGNADOS A SU AREA DE TRABAJO - SE EDUCA EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - USO DE TAPABOCAS PERMANENTE, LAVADO DE MANOS CONSTANTE Y DISTANCIAMIENTO SOCIAL MINIMO A 2 METROS DE DISTANCIA DURANTE PANDEMIA POR COVID 19.

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

**GUILLERMO ORTIZ ROMERO**

PACIENTE CC: 17641515

**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