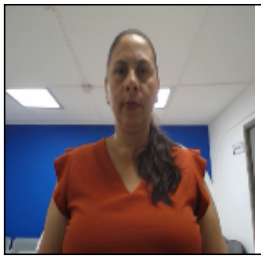
CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

CRC CONDUSEG SALUD IPS

NIT:901193762-1 Codigo de Prestador N°.2000102191
DIR:CALLE 16B #13-41CEL:.6055894213-3017547663

CRC CONDUSEG SALUD I.P.S. S.A.S.
¡¡Una Empresa a su Servicio!!



CERTIFICADO N°: 19577 **FECHA:** 25/02/2025
TIPO CERTIFICADO: INGRESO
NOMBRE: URSULA EDITH HERNANDEZ PEÑARANDA
DOCUMENTO N°: 40928180 **TIPO DOC:** CC **GENERO:** F
FECHA NAC: 1973-10-28 LUGAR NAC: CUCUTA
TIPO SANGRE: O-
ESCOLARIDAD: PROFESIONAL
EMPRESA: PARTICULAR
CARGO: PROFESIONAL UNIVERSITARIO
EPS: Sanitas S.A.

EXAMENES PARACLINICOS OCUPACIONALES REQUERIDOS

TIPO EXAMEN		FECHA	TIPO EXAMEN		FECHA	TIPO EXAMEN		FECHA
SEROLOGIA			GLICEMIA			TRIGLICERIDOS		
RX			PERFIL LIPIDIDICO					
CUADRO HEMATICO			COPROLOGICO			AUDIOMETRIA	✔	25/02/2025
EKG			FROTIS GARGANTA			VISIOMETRIA	✔	25/02/2025
KOH UÑAS			PARCIAL DE ORINA			ESPIROMETRIA	✔	25/02/2025
EXAMEN GENERAL	✔	25/02/2025	COLESTEROL			PSICO-REACTIMETRIA		

PRUEBAS ADICIONALES

RECOMENDACIONES GENERALES

MANEJO POR EPS Y ARL		OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA	
CONTROL PYP EPS		CONTROL PERIODICO OCUPACIONAL	✔	DIETA	✔
REMISION A EPS		HIGIENE POSTURAL	✔	EJERCICIO REGULARMENTE	✔
CONTINUAR MANEJO MEDICO	✔	USO EPP	✔	NO FUMAR	
REMISION ARL PARA MANEJO CASO		USO AYUDAS ERGONOMICAS		REDUCIR ALCOHOL	
SEGUIMIENTO CASO ARL		PRUEBAS COMPLEMENTARIAS		PAUSAS ACTIVAS	

RECOMENDACIONES ESPECIFICAS

CONCEPTO DE APTITUD PARA EL OFICIO

SIN RESTRICCIONES

OBSERVACIONES

CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

NOTA: EN NINGÚN CASO EL EMPLEADOR PODRÁ TENER ACCESO A LA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL. RESOLUCION 2346 DEL 2007 DEL MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL ARTICULO 16 PARAGRAFO 1

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. SE 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

Reg 12947
Esp. SO Rs004999
3/05/2023

ESPECIALISTA:ANGELA ASTRID MAESTRE ROJAS

TP:12947

FIRMA EXAMINADO