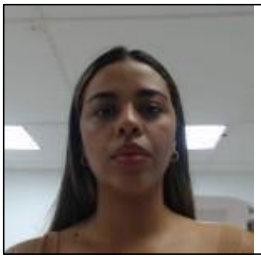
CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

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°: 16778 **FECHA:** 07/01/2025
TIPO CERTIFICADO: INGRESO
NOMBRE: MARIA FERNANDA REDONDO PEÑA
DOCUMENTO N°: 1193505986 **TIPO DOC:** CC **GENERO:** F
FECHA NAC: 2000-05-22 LUGAR NAC: RIOHACHA
TIPO SANGRE: A+
ESCOLARIDAD: PRIMARIA
EMPRESA: CONTRALORÍA MUNICIPAL DE VALLEDUPAR
CARGO: CONTRATISTA
EPS: Otras

EXAMENES PARACLINICOS OCUPACIONALES REQUERIDOS

TIPO EXAMEN		FECHA	TIPO EXAMEN		FECHA	TIPO EXAMEN		FECHA
SEROLOGIA			GLICEMIA	✔		TRIGLICERIDOS	✔	
RX			PERFIL LIPIDIDICO	✔				
CUADRO HEMATICO	✔		COPROLOGICO			AUDIOMETRIA	✔	07/01/2025
EKG			FROTIS GARGANTA			VISIOMETRIA	✔	07/01/2025
KOH UÑAS			PARCIAL DE ORINA			ESPIROMETRIA		
EXAMEN GENERAL	✔	07/01/2025	COLESTEROL	✔		PSICO-REACTIMETRIA	✔	07/01/2025

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

APTO SIN RESTRICCIONES

CONCEPTO DE APTITUD PARA EL OFICIO

SIN DEFECTO FISICO O PATOLOGÃ•A APARENTE

OBSERVACIONES

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

ANGELA MAESTRE ROJAS
Firma especialista **RM N° 12947**
Seguridad y Salud en el Trabajo
Res: 004999 de 3 mayo 2023

Firma examinado