Salud Domiciliaria 24 Horas SAS
NIT 900.391.666-6
Licencia en Salud Ocupacional: 018572124
Centro Colonial of. 208 y 216
Tel. 3018760 Cel. 3205504026 - 3104075643
Calle 49 #48-06 Rionegro Ant.



N° 581

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL Ingreso, Pre-Ocupacional O Pre-Ingreso

INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usuaria:	SENA	Sector Económico:	Educacion
Nombre del Trabajador	Arango Aguirre Julio Cesar	Edad:	47 AÑOS 8 MESES 0 DÍAS
Documento:	CC - 71315896	N° de Hijos:	2
Estado Civil:	CASADO(A)	Género:	MASCULINO
Ocupación:	Instructor De Bilinguismo	Teléfono:	3002737544
Escolaridad:	POSTGRADO	Municipio:	RIONEGRO (ANTIOQUIA, COLOMBIA)
Dirección:	CRA51 # 54 38 ATO 303	AFP:	COLPENSIONES
EPS:	SURA	ARL:	POSITIVA

AYUDAS DIAGNÓSTICAS

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	17/07/2020	
AUDIOMETRÍA CLÍNICA - ANORMAL	17/07/2020	
VISIOMETRÍA - ANORMAL	17/07/2020	, TRASTORNO DE LA REFRACCION, NO ESPECIFICADO
GLICEMIA - NORMAL	17/07/2020	, NORMAL
PERFIL LIPIDICO	17/07/2020	, DENTRO DE LOS VALORES Y LIMITES ADECUADOS

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO

TIPOS DE RIESGO

Biológico ☐ Biomecánico ☑ Condiciones de Seguridad ☑ Fenómenos Naturales ☐ Físico ☐ Psicosocial ☑ Químico ☐

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

De acuerdo con el examen ocupacional Ingreso, Pre-Ocupacional O Pre-Ingreso realizado a Arango Aguirre Julio Cesar con documento de identificación No. 71315896 se considera Sin Restricciones para la ocupación Instructor De Bilinguismo del sector económico Educacion

NO APLICA PARA MANIPULAR ALIMENTOS Y CUMPLE CON LOS REQUISITOS

NO APLICA PARA TRABAJAR EN ALTURAS

NO APLICA PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS

RECOMENDACIONES PREVENTIVAS

1) REALIZAR SEGUIMIENTO DEFINIDO EN EL PROGRAMA DE CONSERVACIÓN DE LA VOZ.
2) LA SILLA QUE SE UTILICE SIEMPRE DEBE TENER ESPALDAR Y DEBE PERMITIR LA ADECUADA POSTURA.
3) IMPLEMENTAR EL PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A LOS PROGRAMAS DE LA EMPRESA
4) IMPLEMENTAR LAS SIGUIENTES MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE PATOLOGÍAS DE LA VOZ: AL INICIO DE LA JORNADA HACER EJERCICIOS DE CALENTAMIENTO DE LA VOZ Y RESPIRATORIOS; -TOMAR DE MANERA CONTINUA PEQUEÑOS SORBOS DE AGUA AL CLIMA MIENTRAS LABORA; -POR NINGÚN MOTIVO DEBE CARRASPEAR O FUMAR O PERMANECER EN AMBIENTES CON FUMADORES; -NO EXPONERSE A CAMBIOS BRUSCOS DE TEMPERATURA; -NO CONSUMIR ALIMENTOS MUY CALIENTES O MUY FRIOS; -USAR EL NIVEL DE VOZ MÁS BAJO POSIBLE Y POR NINGÚN MOTIVO GRITAR.
5) SE RECOMIENDA MEJORAR SIEMPRE SU POSTURA, MANTENIENDO UNA POSICIÓN RECTA CON APOYO DE ESPALDA AL ESTAR SENTADO. REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA REGULAR CON EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO DE COLUMNA Y EXTREMIDADES.

6) INGESTA ABUNDANTE DE LÍQUIDOS DURANTE TODA LA JORNADA LABORAL
7) REALIZAR EL SEGUIMIENTO DEFINIDO EN EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES.

RECOMENDACIONES MEDICAS

**EVALUACIÓN RIESGO PSICOSOCIAL: EN EL ANÁLISIS DE LOS PARÁMETROS : GESTIÓN ORGANIZACIONAL, CARACTERÍSTICAS DE LA ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO, CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO SOCIAL DE TRABAJO, CONDICIONES DE LA TAREA Y JORNADA LABORAL, NO SE ENCUENTRAN EVIDENCIAS QUE PUEDAN INTERFERIR CON SUS LABORES.

1) HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE
2) DIETA SANA Y BALANCEADA
3) PRACTICAR EJERCICIO FÍSICO PERIÓDICO
4) USO DE LENTES DE CORRECCIÓN VISUAL DE ACUERDO A PRESCRIPCIÓN
5) VALORACIÓN ANUAL POR OPTOMETRÍA
6) EN LA AUDIOMETRIA REALIZADA, SE OBSERVA CAÍDAS EN CIERTAS FRECUENCIAS (VER INFORME). ESTE COMPROMISO NO AFECTA LA CAPACIDAD AUDITIVA DEL ASPIRANTE, DESDE EL PUNTO DE VISTA OCUPACIONAL. SIN EMBARGO, DEBE TENERSE EN CUENTA EL USO ESTRICTO DE PROTECCIÓN AUDITIVA ADECUADA, TANTO EN EL TRABAJO COMO FUERA DE ÉL Y EL SEGUIMIENTO Y LA AUDITORÍA AL ADECUADO USO DE LA PROTECCIÓN Y CONTROLES AUDIOMÉTRICOS, ACORDE CON LO DEFINIDO EN EL PROGRAMA DE CONSERVACIÓN AUDITIVA DE LA EMPRESA DE ACUERDO CON EL NIVEL DE RUIDO Y LAS CONDICIONES DE EXPOSICIÓN.
RESPONSABILIDADES COVID -19
1) CUMPLIR LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ADOPTADOS Y ADAPTADOS POR EL EMPLEADOR O CONTRATANTE DURANTE EL TIEMPO QUE PERMANEZCA EN LAS INSTALACIONES DE SU EMPRESA O LUGAR DE TRABAJO Y EN EL EJERCICIO DE LAS LABORES QUE ESTA LE DESIGNE. EL USO DE GUANTES ES RECOMENDADO SI SE VAN A REALIZAR ACTIVIDADES DE ASEO O SI SE VAN A MANIPULAR ELEMENTOS COMO RESIDUOS
2) REPORTAR AL EMPLEADOR O CONTRATANTE CUALQUIER CASO DE CONTAGIO QUE SE LLEGASE A PRESENTAR EN SU LUGAR DE TRABAJO O SU FAMILIA. ESTO CON EL FIN DE QUE SE ADOPTEN LAS MEDIDAS CORRESPONDIENTES.
3) ADOPTAR LAS MEDIDAS DE CUIDADO DE SU SALUD Y REPORTAR AL EMPLEADOR O CONTRATANTE LAS ALTERACIONES DE SU ESTADO DE SALUD, ESPECIALMENTE LAS RELACIONADAS CON SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD RESPIRATORIA Y REPORTAR EN CORONAPP.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

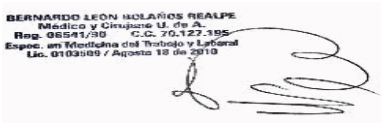
Previamente a este examen he sido informado por la empresa y el médico examinador de las exigencias de Ley para el examen Médico Laboral , por consiguiente, certifico que he autorizado para que se me efectué, incluyendo los exámenes de laboratorio y ayudas paraclínicas que estén establecidas para el cargo dentro del programa de Salud Ocupacional de la empresa, igualmente autorizo para que su contenido sirva para los diferentes sistemas de vigilancia epidemiológica que estén establecidos (Resolución 2346/07). El examinado autoriza para que a través del médico de la empresa, ésta conozca el certificado médico de ingreso ocupacional e igualmente la exposición anterior a riesgos ocupacionales *CONSIDERACIONES LEGALES A CERCA DE LOS EXÁMENES MÉDICOS Ingreso, Pre-Ocupacional O Pre-Ingreso: La Resolución 1918 de Junio 5 de 2009 y la resolución 2346 del 11 de julio de 2007 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan las evaluaciones médicas ocupacionales Ingreso, Pre-Ocupacional O Pre-Ingreso , con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con el perfil del cargo definido por el empleador . También establece que la Empresa Usuaria solo puede conocer el CERTIFICADO MEDICO LABORAL Ingreso, Pre-Ocupacional O Pre-Ingreso DEL TRABAJADOR. Los documentos completos de la Historia Clínica Laboral están sometidos a reserva profesional institucional de Salud Domiciliaria y Empresarial y quedan bajo nuestra guarda y custodia, según lo establecido en las normas vigentes. El trabajador puede obtener una copia de ellos y sus exámenes paraclínicos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su Historia Clínica.

CERTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

Bajo la gravedad de juramento afirmo que la información que suministré es correcta y no he ocultado nada sobre mi historia de salud y/o ocupacional y me comprometo a atender las orientaciones, instrucciones y prescripciones del Médico Laboral y del Trabajo, los representantes del empleador, las autoridades de salud y efectuar todas las acciones para lograr el mantenimiento y mejorar mi estado de salud

Remisión EPS: NO

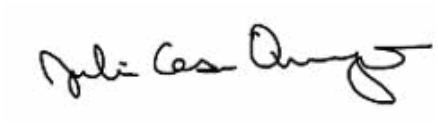
Médico **Aspirante o Trabajador**



Firma:

Nombre: BOLAÑOS REALPE BERNARDO LEON

R. M.: 06541/90 **L.S.O.:** 0103509 DE 18/08/201



Firma:

Nombre: ARANGO AGUIRRE JULIO CESAR

CC: 71315896