

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°: 19411

TIPO CERTIFICADO: **INGRESO**

NOMBRE: OMER ENRIQUE CABARCAS MARTINEZ

DOCUMENTO N°: 77186507

FECHA NAC: 1976-05-24

TIPO SANGRE: O+

ESCOLARIDAD: SECUNDARIA

EMPRESA: SENORCOOP

CARGO: CONDUCTOR

EPS:

Otras

TIPO DOC: CC

LUGAR NAC: VALLEDUPAR

FECHA: 02/01/2025

GENERO: M

EXAMENES PARACLINICOS OCUPACIONALES REQUERIDOS

TIPO EXAMEN	FECHA	TIPO EXAMEN	FECHA	TIPO EXAMEN	FECHA
SEROLOGIA		GLICEMIA	✓	TRIGLICERIDOS	
RX	✓	PERFIL LIPIDIDICO	✓		
CUADRO HEMATICO	✓	COPROLOGICO		AUDIOMETRIA	✓ 02/01/2025
EKG		FROTIS GARGANTA		VISIOMETRIA	✓ 02/01/2025
KOH UÑAS		PARCIAL DE ORINA		ESPIROMETRIA	
EXAMEN GENERAL	✓ 02/01/2025	COLESTEROL		PSICO-REACTIMETRIA	✓ 02/01/2025

PRUEBAS ADICIONALES

OSTEOMUSCULAR

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- CONTROLES CON OPTOMETRIA ANUAL.

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 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

Angela Astrid Maestre Rojas
Reg 12947
Esp. SO 2500499
3/05/2023

OMER CABARCAS

ESPECIALISTA: ANGELA ASTRID MAESTRE ROJAS

FIRMA EXAMINADO

TP:12947