

# 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 IPS. S.A.S.

¡Una Empresa a su Servicio!!

CERTIFICADO N°: 19411  
TIPO CERTIFICADO: INGRESO

NOMBRE: OMER ENRIQUE CABARCAS MARTINEZ  
DOCUMENTO N°: 77186507 TIPO DOC: CC  
FECHA NAC: 1976-05-24 LUGAR NAC: VALLEDUPAR  
TIPO SANGRE: O+  
ESCOLARIDAD: SECUNDARIA  
EMPRESA: SENORCOOP  
CARGO: CONDUCTOR  
EPS: Otras

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		VISIONMETRIA	✓ 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	OCCUPACIONALES	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 NINGUN CASO EL EMPLEADOR PODRA 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 PUDIESSEN INFLUIR SOBRE MI ESTADO DE SALUD Y QUE TODA LA INFORMACION QUE HE EXPRESADO, PARA LA ELABORACION DE ESTE DOCUMENTO, ES CIERTA, ADEMÁS AUTORIZO EL ENVIO DE ESTE INFORME A MI EMPLEADOR

*Angela Astrid*  
Rey 12947.  
Esp. 50 L.500499  
3/05/2023

ESPECIALISTA:ANGELA ASTRID MAESTRE ROJAS

TP:12947

*OMCR CABRERA*

FIRMA EXAMINADO