



CALIDAD COLOMBIA SERVICES SAS  
VALOR, INTEGRIDAD, SEGURO Y SALUD EN EL TRABAJO

Código de Prestador No.  
415510156901

Licencia 2401 de 2015  
expedida por la Secretaría  
Depto del Huila

## Certificado Medico

**002588**

### Fecha/Hora EXAMEN

27-feb.-25 7:56 a. m.

### Clase de Certificado

**Evaluación Médica Pre-  
Ocupacional o de Ingreso**

**YEISON JAVIER CERON BOLAÑOS**

Documento **1082778112**

Masculino  Femenino Fecha

Nacimiento **05-octn.-93**

Lugar **SAN AGUSTIN**

Dirección **SAN AGUSTIN VDA TABLON**

Teléfono/Movil **(320)8905395 SAN AGUSTIN, HUILA**

Tipo Sangre - RH **O+** Estado Civil **Soltero/a**

Escolaridad **Secundaria** Servicio Militar **NO**

Empresa **OTROS**

Cargo **CONDUCTOR**

EPS: Asmet Salud

ARL: Positiva

AFP: Protección

EXAMENES PARACLINICOS OCUPACIONALES								
TIPO EXAMENES	FECHA	N A	TIPO EXAMENES	FECHA	N A	TIPO EXAMENES	FECHA	N A
SEROLOGIA			GLICEMIA			TRIGLICERIDOS		
SEROLOGIA II			PERFIL LIPIDICO			CREATININA		
CUADRO HEMATICO			COPROLOGICO			AUDIOMETRIA	27-02-2025	X
EKG			FXROTIS GARGANTA			OPTOMETRIA	27-02-2025	X
KOH DE UÑAS			PARCIAL DE ORINA			ESPIROMETRIA	27-02-2025	X
PANEL DE DROGAS POR 2	27-02-2025	X	COLESTEROL TOTAL			PSICOMOTRIZ	27-02-2025	X

PRUEBAS ADICIONALES REQUERIDAS PARA EL CARGO TEMPERATURA 36°

### CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL PARA EVALUACIÓN MÉDICA PRE-Ocupacional O DE INGRESO

Énfasis Osteomuscular	X	Énfasis Cardiovascular	Énfasis Neurológico	Énfasis Respiratorio	Énfasis Dermatológico
Objetivo de la consulta			CON RESTRICCIONES	SIN RESTRICCIONES	APLAZADO
Evaluación Médica Pre-Ocupacional o de Ingreso				X	
Paciente con Condición Especial -					
Cambio de Ocupación					
Reintegro - Programado					
Periódico					
Bomberos					
Trabajo en Frío					
Manipulación de Alimentos					
Practica Deportiva					
Trabajo Seguro en Alturas					
Espacios Confinados					

### CONDUCTAS Y PROCEDIMIENTOS

HIGIENE POSTURAL	<input checked="" type="checkbox"/> PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	<input type="checkbox"/> NO FUMAR	<input type="checkbox"/> CONTROL PYP EPS	<input type="checkbox"/> SEGUIMIENTO CASO ARL	<input type="checkbox"/>
USO EPP	<input type="checkbox"/> DIETA	<input checked="" type="checkbox"/> REDUCIR ALCOHOL	<input type="checkbox"/> REMISION A EPS	<input type="checkbox"/> CONTINUAR MANEJO MEDICO	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

USO AYUDAS ERGONOMICAS

EJERCICIOS REGULAR

PAUSAS ACTIVAS

REMISION ARL PARA MANEJO

CONTROL PERIODICO

### RESTRICCIONES Y RECOMENDACIONES

RESTRICCIONES NO APLICA

RECOMENDACIONES EXAMEN OSTEOMUSCULAR NORMAL



**MinSalud**  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

RESOLUCIÓN 766 - HABILITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

**CONSENTIMIENTO INFORMADO:** Autorizo al profesional, mencionado en este documento, a realizar los procedimientos pertinentes para el examen médico y/o paracálinicos ocupacionales registrados en esta evaluación médica, teniendo de antemano claridad sobre el objetivo de este examen. La realización de las pruebas requeridas para este examen fueron realizadas de forma voluntaria y sin ninguna coacción por parte de terceros, teniendo la oportunidad de cancelar dicho proceso en cualquier momento. La empresa CALIDAD COLOMBIA SERVICES SAS me ha aclarado que dicha información va a ser de tipo confidencial. Certifico que no omití ningún dato relevante sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre mi estado de salud y que toda la información que he expresado, para la elaboración de este documento, es cierta, además autorizo el envío de este informe a mi empleador.

**AUTORIZACION DE TRATAMIENTO DE DATOS:** Autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a CALIDAD COLOMBIA SERVICES SAS para tratar mis datos personales de acuerdo con su procedimiento de protección de datos expuesto en cartelería, para los fines relacionados con su objeto social y en especial para fines legales, contractuales, comerciales. La información obtenida para el tratamiento de mis datos personales la he

**CAMILO ANDRES SASTOQUE MEÑACA**  
MEDICO LABORAL Licencia SST: 2141/15

**Paciente: YEISON JAVIER CERON BOLAÑOS**  
Cedula No: 1082778112

**CALIDAD COLOMBIA SERVICES NIT: 900.633.796-5**  
Carrera 2 No. 4-50 B. Centro Pitalito-Huila Cel. 315 640 82 96 Tel. 836 31 70 - 836 9114  
info@saludocupacionalpitalito.com - www.saludocupacionalpitalito.com

