

**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-Occupacional 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 type="checkbox"/>	REDUCIR ALCOHOL	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>

USO AYUDAS ERGONOMICAS

EJERCICIOS REGULAR

PAUSA S 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 paraclínicos ocupacionales registrados en esta evaluación medica, 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 adarado 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 cartellera, 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