

# CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

LICENCIA S.O. No. 002704

## EVALUACIÓN MÉDICA DE PREINGRESO

ENFASIS OSTEOMUSCULAR

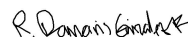
|  |    |                      |    |   |               |                              |    |
|--|----|----------------------|----|---|---------------|------------------------------|----|
| <b>FECHA</b> 29/10/2025  |    | <b>HORA</b>          |    | <b>VILLA DEL ROSARIO - NORTE DE SANTANDER</b> |               |                              |    |
| <b>EMPRESA</b> 0000 PARTICULAR   |    |                      |    |   |               |                              |    |
| <b>NOMBRE</b> RHONNA DAMARIS GONZALEZ FUENTES  |    |                      |    |   |               |                              |    |
| CC : 1092351997  |    |                      |    | DE VILLA DEL ROSARIO                          |               |                              |    |
| <b>CARGO</b> ABOGADA   |    |                      |    |   |               |                              |    |
| <b>DIRECCION</b> CLL 5 10-29 SAN MARTIN  |    |                      |    |   |               |                              |    |
| <b>TELEFONO</b> 3005375543   |    |                      |    | <b>EDAD</b> 33                                |               | <b>GENERO</b> F <b>RH</b> A+ |    |
| <b>A.F.P.</b>  |    | <b>A.R.L. OTRO</b>   |    |   | <b>E.P.S.</b> |                              |    |
| EXAMENES MEDICOS : EXAMEN PSICOFÍSICO COMPLETO, TAMIZAJE VISUAL, SISTEMA CARDIOPULMONAR, PRUEBAS DE COORDINACIÓN, EXPLORACIÓN DIRIGIDA POR MANIOBRAS INDIVIDUALES DE CADA EXTREMIDAD Y DE CADA MÚSCULO (CUELLO, HOMBROS, MUÑECA, MANOS, TRONCO, CADERA, RODILLA, TOBILLO, PIES) PRUEBA PARA TÚNEL DEL CARPO, PRUEBA PARA TENDINITIS, TENOSINOVITIS Y TRASTORNOS DE HOMBRO, PRUEBAS DINÁMICAS DE COLUMNA, EXPLORACIÓN DE ARCOS DE MOVILIDAD, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS, EXPLORACIÓN DE ALTERACIONES DE PIEL Y VARICES, EXPLORACIÓN DE HERNIAS. |    |                      |    |   |               |                              |    |
| <b>AUDIOMETRIA</b>   | NO | <b>EXAMEN DE VOZ</b> | NO | <b>OPTOMETRIA</b>                             | NO            | <b>VISIOMETRIA</b>           | NO |
| <b>PSICOLOGIA</b>  | NO | <b>RX TORAX</b>      | NO | <b>RX COLUMNA</b>                             | NO            | <b>PSICOSENSOMETRICA</b>     | NO |
|  |    |                      |    |   |               | <b>ESPIROMETRIA</b>          | NO |
|  |    |                      |    |   |               | <b>EKG</b>                   | NO |
| <b>COORDINA. MOTRIZ</b> NO   |    |                      |    |   |               |                              |    |
| LABORATORIO :  |    |                      |    |   |               |                              |    |
| OTROS EXAMENES :   |    |                      |    |   |               |                              |    |
| CONCEPTO DE APTITUD : SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO  |    |                      |    |   |               |                              |    |
| RECOMENDACIONES : REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, ADECUADA HIGIENE POSTURAL, ADECUADO MANEJO DE CARGAS, BAJAR DE PESO, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA.  |    |                      |    |   |               |                              |    |
| INGRESA AL SVE N/A   |    |                      |    |   |               |                              |    |
| ENFASIS OSTEOMUSCULAR  |    |                      |    |   |               |                              |    |

Certifico que toda la información suministrada en este documento es veraz y que no he ocultado antecedentes de salud, enfermedad laboral y/o accidente de trabajo ocurridos antes de la realización de este examen médico ocupacional.  
 Se hace entrega al trabajador de la información correspondiente a los resultados, pruebas y valoraciones complementarias del presente examen (de preingreso, periódico y/o de egreso), en cumplimiento de la Resolución 1843 de 2025, con el único propósito de promover su salud y fortalecer los mecanismos de prevención y control de alteraciones relacionadas con su actividad laboral, conforme a la normatividad vigente en Seguridad y Salud en el Trabajo.



**ANDRES DAVID RAMIREZ BECERRA**  
 C.C. 1090426889

**MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL**  
**REG. MÉDICO 1090426889 - LICENCIA S.O.2800**



**RHONNA DAMARIS GONZALEZ FUENTES**  
 CC : 1092351997

**\*1092351997291020**