



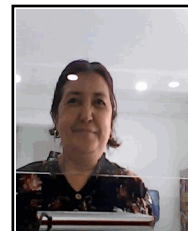
Nit. 900773537-4
Habilitación No DHS677524

Sede Sur
ISO 722

Tel. 379 5951 Cel. 301 788 9281
Carrera 73 # 6-15 Barrio Capri
gerencia@grupomedicolaboral.com / www.grupomedicolaboral.com

Sede Norte
ISO 13801

Tel. 348 2061 Cel. 302 344 0266
Calle 44 Norte No 4N- 43 Barrio La Flora



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 19.378

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
21 DÍA	06 MES	2021 AÑO	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULARES CONTADO				PARTICULARES			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
MEDINA ROSERO MARIA CONSTANZA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	54 AÑOS 6 MESES 7 DÍAS	CC	30735717
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo CONTRATISTA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL CONDICIONES DE SALUD QUE NO INTERFIEREN CON LA CAPACIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR Y LOS REQUERIMIENTOS DEL PERFIL DEL CARGO							
Observaciones: NO APLICA							
APTO				SIN PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR			
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO	RECOMENDACIONES		
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA	NO APLICA		
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES			
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		USO DE EPP		HÁBITOS SALUDABLES			
VALORACIÓN POR EPS : VAL NUTRICIONISTA		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA			
CONTROL DEL PESO		SVE OSTEOMUSCULAR		DIETA BALANCEADA			
		OTROS : SE RECOMIENDA TENER EN CUENTA LAS MEDIDAS ADMINISTRATIVAS DADAS EN LA RESOLUCIÓN 223 DE 2021 ,RESOLUCIÓN 392 DE 2021 Y LA CIRCULAR EXTERNA 0000030 DE MAYO 2020					
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN PANORAMA DE RIESGOS DE LA EMPRESA

ESTILO DE VIDA SALUDABLE

REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA COMO MÍNIMO 3 VECES POR SEMANA

REALIZAR CAMBIOS DE POSICIÓN FRECUENTEMENTE EN EL PUESTO DE TRABAJO, ALTERNAR POSTURA BÍPEDA A SEDANTE (DE PIE A SENTADO)

IMPLEMENTAR EN EL PUESTO DE TRABAJO EL PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS OSTEOMUSCULARES CON EL FIN DE DISMINUIR EL ESTRÉS, LA FATIGA Y EL CANSANCIO ORIGINADOS POR LOS MOVIMIENTOS REPETITIVOS Y POSICIONES PROLONGADAS

ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES PARA CONSERVAR UN BUEN ESTADO DE COLUMNA: USAR ZAPATOS CÓMODOS, LA CABEZA Y EL TÓRAX DEBEN ESTAR DERECHOS Y ALINEADOS.

*****RECOMENDACIONES COVID – 19 EN VIRTUD DE LA PANDEMIA.*****

- DISTANCIAMIENTO SOCIAL.

- MANTENER UNA DISTANCIA MÍNIMA DE 2 METROS ENTRE UNA Y OTRA PERSONA DE MANERA PERMANENTE.

- LAVARSE FRECUENTEMENTE LAS MANOS, CON AGUA Y JABÓN DURANTE MÍNIMO 40 SEGUNDOS, SECARLAS CON TOALLAS DE PAPEL.

- LAVADO DE MANO ANTES DE INGERIR LOS ALIMENTOS, DESPUÉS DE TOCARSE LA NARIZ, OJOS, BOCA Y ANTES Y DESPUÉS DE IR AL BAÑO. .

- AL TOSER O ESTORNUDAR CÚBRETE LA BOCA Y NARIZ CON UN PAÑUELO O EL PLIEGUE DEL CODO.

- USO OBLIGATORIO DE TAPABOCAS CONVENCIONAL EN POBLACIÓN GENERAL.

- USO DE PROTECCIÓN RESPIRATORIA PERMANENTE EN SU JORNADA LABORAL CON TAPABOCAS, ASI COMO EN EL SISTEMA DE MASIVO DE TRANSPORTE PÚBLICO, ÁREAS DONDE HAYA AFLUENCIA MASIVA DE PERSONAS O GRUPOS DE ALTO RIESGO (ADULTOS MAYORES DE 70 AÑOS, PERSONAS CON ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES, METABOLICAS, INMUNOLÓGICAS, CÁNCER, VIH, GESTANTES Y ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRÓNICAS).

- INCREMENTAR LAS MEDIDAS DE HIGIENE Y DESINFECCIÓN EN TU PUESTO DE TRABAJO O SITIO DE DESCANSO (INTERNO) Y DE TODOS LOS ELEMENTOS DE USO PERSONAL, VENTILE Y DEJE QUE ENTRE ILUMINACIÓN DEL SOL.

- MANTENGA SEPARADA LA ROPA DEL TRABAJO Y/O LA QUE USA PARA DESCANSAR.

- EVITAR LA MANIPULACIÓN DE TELÉFONOS CELULARES Y RADIOS DURANTE EL TIEMPO DE ALIMENTACIÓN.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:



Nombre: QUINTERO RAMOS MARIA ISABEL

R. M.: 765999

L.S.O.: 1984

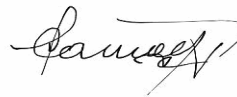


Código de Seguridad

F602L1R19378

Aspirante o Trabajador

Firma:



Nombre: MEDINA ROSERO MARIA CONSTANZA

CC: 30735717