



## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

**N° 15.815**

|   |           |                                   |                                  |   |                                     |                             |          |
|---|-----------|-----------------------------------|----------------------------------|---|-------------------------------------|-----------------------------|----------|
| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN  |           |                                   |                                  | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL               |                                     |                             |          |
| 03<br>DÍA   | 10<br>MES | 2020<br>AÑO                       | CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) | <b>EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO</b> |                                     |                             |          |
|   |           |                                   | Ciudad                           |   |                                     |                             |          |
| DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE   |           |                                   |                                  |   |                                     |                             |          |
| EXCAVACIONES CORREA MEJIA SAS - CONV1 - ASE3 - CONTADO - INTRA  |           |                                   |                                  | EXCAVACIONES CORREA MEJIA SAS                   |                                     |                             |          |
| 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)   |           |                                   |                                  |   |                                     |                             |          |
| CARDENAS ARCE JOSE MARIA  |           |                                   |                                  | Genero  | Edad                                | Documento de Identificación |          |
|   |           |                                   |                                  | MASCULINO                                       | 51 AÑOS 11 MESES 8 DÍAS             | CC                          | 94277176 |
| Apellidos y Nombres   |           |                                   |                                  |   |                                     | Tipo                        | Número   |
| Cargo<br><b>CONDUCTOR</b>   |           |                                   |                                  |   |                                     |                             |          |
| CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL<br><b>APTO CON ALTERACIONES QUE NO AFECTAN SU DESEMPEÑO LABORAL</b>   |           |                                   |                                  |   |                                     |                             |          |
| Observaciones: NO APLICA  |           |                                   |                                  |   |                                     |                             |          |
| APTO  |           |                                   |                                  | PARA CONDUCTOR                                  |                                     |                             |          |
| RESTRICCIONES LABORALES   |           |                                   |                                  | TIPO  |                                     | RECOMENDACIONES             |          |
| SIN RESTRICCIONES LABORALES   |           |                                   |                                  | NO APLICA                                       |                                     | NO APLICA                   |          |
| El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:  |           |                                   |                                  |   |                                     |                             |          |
| AUDIOMETRIA   |           |                                   |                                  | OPTOMETRIA                                      |                                     |                             |          |
| EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR   |           |                                   |                                  | PRUEBA PSICOMOTORA                              |                                     |                             |          |
| RECOMENDACIONES MÉDICAS   |           | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES     |                                  |   | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |                             |          |
| USAR CORRECCIÓN VISUAL  |           | USO DE EPP                        |                                  |   | HACER DEPORTE                       |                             |          |
| AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO  |           | SVE VISUAL                        |                                  |   | NO FUMAR                            |                             |          |
|   |           | SVE AUDITIVO                      |                                  |   |                                     |                             |          |
|   |           | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL |                                  |   |                                     |                             |          |
| OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES   |           |                                   |                                  |   |                                     |                             |          |
| RECOMENDACIONES: COVID - 19   |           |                                   |                                  |   |                                     |                             |          |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>DISTANCIAMIENTO SOCIAL.</li> <li>LAVARSE FRECUENTEMENTE LAS MANOS, CON AGUA Y JABÓN DURANTE MÍNIMO 20 SEGUNDOS, SECARLAS CON TOALLAS DE PAPEL.</li> <li>AL TOSER O ESTORNUDAR CÚBRETE LA BOCA Y NARIZ CON UN PAÑUELO O EL PLIEGUE DEL CODO.</li> <li>TAPABOCAS: POBLACIÓN GENERAL EL USO DE TAPABOCAS CONVENCIONAL OBLIGATORIO EN LOS SIGUIENTES LUGARES: <ul style="list-style-type: none"> <li>USO DE PROTECCIÓN RESPIRATORIA PERMANENTE EN SU JORNADA LABORAL CON TAPABOCAS, EN EL SISTEMA DE TRANSPORTE PÚBLICO (BUSES, TRANSPORTE MASIVO, TAXIS) Y ÁREAS DONDE HAYA AFLUENCIA MASIVA DE PERSONAS (PLAZAS DE MERCADO, SUPERMERCADOS, BANCOS, FARMACIAS, ENTRE OTROS) DONDE NO SEA POSIBLE MANTENER LA DISTANCIA MÍNIMA DE 2 METROS.</li> </ul> </li> </ul>   |           |                                   |                                  |   |                                     |                             |          |
| <p>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.</p> |           |                                   |                                  |   |                                     |                             |          |

## Médico



Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: ROMERO PAVA CRISTHIAN CAMILO

R. M.: 765476 L.S.O.: 1049



Código de Seguridad

**N703T1Z15815**

## Aspirante o Trabajador

Firma manuscrita del aspirante o trabajador.

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: CARDENAS ARCE JOSE MARIA

CC: 94277176